

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA –2019”.**

PIURA – PERU

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA –2019”.**

AUTOR
PARRILLA MASIAS
JOSE

ASESORA
Mg. MONCADA DE LA TORRE
ANA

PIURA – PERU

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA –2019”.**

PRESIDENTE

Mg. ZAVALETA VARGAS

LILIANA

SECRETARIO

Mg. MEDRANO VELASQUEZ

OSCAR

VOCAL

Mg. GONZALES RAMÍREZ

CAROLINA

PIURA – PERU

2019



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TOD-OS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Ciencias de la Salud
"Año de la Lucha Contra la Corrupcion y la Impunidad"



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es) : JOSE BERNARDO PARRILLA MASIAS
Asesor : MG. ANA MONCADA DE LA TORRE

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 337-19 del 18 de noviembre del 2019, dictaminan que el Trabajo de Investigación "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA-2019 " presentado por el Bachiller (es) JOSE BERNARDO PARRILLA MASIAS, para optar el Título de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de :

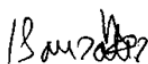
APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE	SOBRESALIENTE	MUY BUENO	BUENO	
	X			

En consecuencia queda en condición de ser calificado APTO por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERIA de conformidad con lo estipulado en la ley.

Castilla, diciembre del 2019


MG. LILIANA ZAVALA VARGAS
PRESIDENTE


MG. OSCAR MEDRANO VELASQUEZ
SECRETARIO


DRA. CAROLINA GONZALEZ RAMIREZ
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por su bondad, por darme salud, guiarme, por brindarme sabiduría para lograr mi objetivo y por permitirme llegar a este momento tan anhelado para mí.

*A mi padre por su apoyo incondicional, por su confianza y consejos que lograron ser en mí una persona de bien.
A mi madre, por ser mi ángel de amor y bondad que nunca morirá, tu recuerdo vivirá conmigo cada día de mi vida*

A mi esposa, por su apoyo, su amor, colaboración y paciencia; a mis pequeños hijos que se han convertido en mi motivo de superación; a mis hermanos por su apoyo y cariño..

A todas las personas que fueron partícipes para lograr mi meta.

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios, quien me protege y guía mis pasos; me ilumina cada día para hacer el bien, ayudar y brindar amor a los que me necesitan. Gracias por su divina bondad lo cual permite lograr mi meta más anhelada, con su ayuda todo es posible.

A mi padre, José Parrilla, agradecerle por su apoyo incondicional, por sus sabios consejos, por motivarme desde pequeño a luchar y lograr mis metas.

A mi madre, Mirian Masias, a pesar de no estar presente físicamente siempre la llevo en mi recuerdo, estaré siempre agradecido por el amor tan puro y tierno que me brindó, por apoyarme en todo el trayecto de mis estudios. Porque se convirtió en mi mejor amiga; y que gracias a sus consejos y valores lograron en mí, una persona de bien.

A mi esposa, porque en todo momento fue un apoyo incondicional y mi motivación, por su amor y comprensión, te agradezco por tantas ayudas y tantos aportes no solo para el desarrollo de mi tesis, sino también para mi vida

A mis pequeños hijos, por ser mis motivos para seguir adelante, por enseñarme el amor más puro que puede existir en este mundo.

A la Mg. Liliana Zavaleta Vargas, Mg. Oscar Medrano Velasquez y Mg. Carolina Gonzales Ramírez, por todo su apoyo y dedicación, por compartirme sus conocimientos y sugerencias brindados en todo el desarrollo de la presente investigación.

A la Mg. Ana Moncada de la Torre, quien me asesoró en el desarrollo de este trabajo de investigación, por sus aportaciones y por ayudarme a culminar esta ardua meta.

A todos mis docentes que a lo largo del desarrollo de mi carrera universitaria me brindaron grandes conocimientos, valores, consejos comprensión y apoyo a lo largo de todo este camino aportando para mi formación profesional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	5
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.4. LIMITACIONES Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	11
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2. BASES TEÓRICAS	17
2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS	38
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	40
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	41
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	42
3.1. ENFOQUE Y DISEÑO	42
3.2. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	44
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	45
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
4.1. RESULTADOS	50
4.2. DISCUSIÓN.....	56

CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01.	Estilos de Afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019. 50
Tabla 02.	Escalas del Afrontamiento adaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura -2019. 52
Tabla 03.	Escalas del Afrontamiento desadaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019. 54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01.	Estilos de Afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla 51
	- Piura - 2019.
Gráfico 02.	Escalas del Afrontamiento adaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla 53
	- Piura -2019.
Gráfico 03.	Escalas del Afrontamiento desadaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla 55
	- Piura - 2019.

RESUMEN

Título: “Estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia –2019”.

Objetivo: Determinar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.

Metodología: El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, diseño no experimental, nivel descriptivo de corte transversal y prospectivo; la muestra estuvo conformada por 79 pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla – Piura, marzo 2019.

Resultados: Con respecto a los estilos de afrontamiento, predomina el desadaptativo, presentándose en el 53.2% de las pacientes; mientras que el resto presentaron un estilo adaptativo. De las 37 pacientes que presentaron un modo adaptativo, el 51,4% presentaron un predominio con respecto a la escala de Autocontrol y Control Emocional, seguido de Enfrentamiento y Lucha Activa con 35.1% y Búsqueda de Apoyo Social con 13,5%. Luego, de las 42 pacientes que presentaron un modo desadaptativo, el 28,6% presentaron un predominio con respecto a Ansiedad y Preocupación Ansiosa, seguido de la escala Negación y la escala Huida y Distanciamiento con 26,2% cada una; y Pasividad y Resignación Pasiva finalmente con 19,0%.

Conclusiones: Se determina que el 53.2% de la población encuestada presenta un estilo de afrontamiento desadaptativo.

Palabras clave: Estilos de afrontamiento, estrategias adaptativas, estrategias desadaptativas.

ABSTRACT

Title: “Strategies for coping with stress in patients with breast cancer who attend the outpatient oncology service of Hospital III José Cayetano Heredia –2019”.

Objective: To determine the strategies for coping with stress in patients with breast cancer who attend the outpatient oncology service of the hospital III José Cayetano Heredia - 2019.

Methodology: The research study is quantitative, non-experimental design, descriptive level of cross-sectional and prospective; The sample consisted of 79 patients with breast cancer who are treated in the Outpatient Oncology Service of Hospital José III Cayetano Heredia. Castilla - Piura, March 2019

Results: Regarding coping styles, predominantly maladaptive, occurring in 53.2% of patients; while the rest has an adaptive style. Of the 37 patients shown in adaptive mode, 51.4% is considered a predominance with respect to the Self-Control and Emotional Control scale, followed by Confrontation and Active Struggle with 35.1% and Social Support Search with 13.5%. Then, of the 42 patients who show a maladaptive mode, 28.6% of the presentation of a study regarding Anxiety and Anxious Concern, followed by both the Denial scale and the Escaping and Distanceing scale with 26, 2%; and finally Passivity and Passive Resignation with 19.0%.

Conclusions: It is determined that 53.2% of the population surveyed have a maladaptive coping style.

Keywords: Coping styles, adaptive strategies, maladaptive strategies

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. (Tlahuel, 2007)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de América. Los datos más actualizados reflejan que cada año se producen en esta región más de 462,000 casos nuevos y casi 100,000 muertes por cáncer de mama. (GLOBOCAN, 2018)

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en el país. En el año 2018, cinco mujeres murieron cada día, víctimas del cáncer de mama. Además, ese mismo año se registraron 6,985 casos de este mal, según cifras brindadas por el Ministerio de Salud. (Valenzuela, 2019)

En el Hospital III José Cayetano Heredia, existe gran demanda de atención de pacientes con cáncer de mama, la estadística en el año 2018 indica que se registraron 101 pacientes, siendo 81 las pacientes que recibían tratamiento de quimioterapia hasta el mes de marzo del 2019 en la Unidad de Oncología Ambulatoria.

Pero pese a la gran incidencia de cáncer de mama que aqueja a la población, los avances biomédicos han profundizado más la fisiopatología y el tratamiento del cáncer de mama; pero los progresos en el diagnóstico de la enfermedad, el control y la recuperación siguen configurando situaciones potencialmente muy estresantes y en consecuencia, difíciles de afrontar; no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico.

El afrontamiento que la paciente tenga ante el cáncer de mama puede ser crucial para la adaptación a la enfermedad; al respecto, este concepto ha sido definido como un proceso en el que se hacen constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico generado por situaciones internas o externas que son percibidas como amenazantes o desbordantes para una persona. (López, Vázquez, & Garduño, 2017)

En este contexto, resulta trascendental identificar el tipo de afrontamiento utilizado ya que esto permitirá anticipar potenciales dificultades para la adecuada adaptación a la enfermedad, por lo que el afrontamiento puede representar un indicador adecuado de la forma en la que las pacientes con cáncer de mama se adaptan al diagnóstico y al tratamiento.

El estudio consta de VI capítulos desarrollados de la siguiente forma:

Capítulo I: El cual consta del planteamiento del problema en el cual se presentan: la descripción de la realidad problemática con la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación del estudio, y las limitaciones y viabilidad de la investigación.

Capítulo II: En este capítulo se detalla el marco teórico conceptual, el cual consta de los antecedentes de la investigación, de las bases teóricas, del glosario de términos, la formulación de las hipótesis y la Operacionalización de variables.

Capítulo III: Comprende la metodología de la investigación: enfoque y diseño, los sujetos de la investigación, la técnica y el instrumento utilizado, y los aspectos éticos.

Capítulo IV: Consta de los resultados y la discusión, donde se presenta de manera descriptiva los principales datos numéricos hallados en la investigación para luego discutir estos resultados.

Finalmente, en los últimos apartados de la investigación se muestran las conclusiones y recomendaciones inferidas de estudio, y los anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El estrés puede ser causado tanto por las responsabilidades cotidianas y las actividades de rutina, como por situaciones menos comunes, tales como un trauma o una enfermedad propia o de un familiar cercano. (García A. T., 2015) Cuando la gente siente que no puede manejar o controlar los cambios causados por el cáncer o por las actividades de la vida normal, siente angustia, lo que puede convertirse en un factor que puede reducir la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos. (Tlahuel, 2007)

Este tipo de cáncer generalmente causa impacto entre las mujeres, ya que ellas sienten miedo, tristeza y negación frente al diagnóstico de esta enfermedad. El solo hecho del descubrimiento de un nódulo mamario, ya sea maligno o benigno, representa una amenaza para la mujer, principalmente si se confirma la malignidad. (American Cancer Society, 2016)

Además, las pacientes con la patología en mención se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes. Desde las pruebas exploratorias y la espera de resultados, al diagnóstico de extensión, la valoración de tratamientos a seguir, la intervención quirúrgica con la correspondiente hospitalización, los tratamientos complementarios como la radioterapia y la quimioterapia, los controles periódicos, la presentación de la metástasis, el manejo de las situaciones avanzadas hasta llegar al proceso de la enfermedad en la fase terminal. (Vega, 2019)

Por lo anterior, las pacientes tienden a asociar esta enfermedad con la muerte, de igual modo, llegar a la castración de un órgano tan significativo para la mujer como es el caso del seno, repercute en la autopercepción de estas personas.

Entonces se puede evidenciar que estos hechos acarrear un desequilibrio emocional que puede extenderse a la familia. (Fernández & Flores, 2011)

El afrontamiento que la paciente tenga ante el cáncer de mama puede ser crucial para la adaptación a la enfermedad; al respecto, este concepto ha sido definido como un proceso en el que se hacen constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico generado por situaciones internas o externas que son percibidas como amenazantes o desbordantes para una persona. (López, Vázquez, & Garduño, 2017)

Sin embargo, son pocos los estudios que se enfocan en la perspectiva psicológica de una paciente con cáncer. En un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel durante el 2004, se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico. (Basurto, Arrazola, & Vázquez, 2014)

Es importante mencionar que en el año 2017 se registraron 78 pacientes con cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia, mientras que en el año 2018 se registraron 101 pacientes, lo que representa un incremento de esta población. Además, de acuerdo a la entrevista realizada al personal de enfermería que labora en el área de Oncología Ambulatoria de dicho nosocomio, refieren que en su mayoría las pacientes tienden a presentar dolores de cabeza, falta de energía, diarrea o estreñimiento, cambios en el peso, cansancio, entre otros aspectos que representan síntomas de estrés. Además, algunas pacientes prefieren evitar hablar de su enfermedad y tienden a aislarse (estrategia de huida y distanciamiento), mientras que otras manifiestan temor y preocupación sobre su enfermedad (estrategia de ansiedad y preocupación ansiosa), llegando inclusive a sentir que no serán capaces de soportar la situación en la que se encuentran (estrategias de pasividad y resignación pasiva), entre otras actitudes que engloban estrategias de afrontamiento desadaptativas y que pueden repercutir directamente en el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

Por ello, de acuerdo a las menciones antes descritas en la descripción de la realidad problemática, me formulo la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento al estrés que presentan las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de mama, representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias tanto en políticas de prevención, como en el diagnóstico y el tratamiento. (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama, 2015).

El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Así mismo los pacientes están obligados prácticamente a realizar ineludibles cambios individuales, laborales y sociales, existiendo una seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad, por lo que las estrategias de afrontamiento tienen un papel imprescindible. (Antón, 2010)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres de América. Los datos más actualizados reflejan que cada año se producen en esta región más de 462,000 casos nuevos y casi 100,000 muertes por cáncer de mama. (GLOBOCAN, 2018)

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en el país. En el año 2018, cinco mujeres murieron cada día, víctimas del cáncer de mama. Además, ese mismo año se registraron 6,985 casos de este mal, según cifras brindadas por el Ministerio de Salud. (Valenzuela, 2019) Asimismo, en los últimos años, en el Perú, la incidencia ha aumentado presentándose alrededor de 5,000 casos nuevos y la mayoría llega en estadios muy avanzados, cuando las probabilidades de curación son de solo el 50%, pero ya no solo se presenta entre las mujeres a partir de los 40 años, sino que se detecta a edades más tempranas, desde los 30 años o incluso desde los 25 años. (Sausa, 2019)

Es importante mencionar que la región Piura no es ajena a esta problemática, de acuerdo con la estadística del Hospital III José Cayetano Heredia son 101 pacientes registrados el año 2018 por cáncer de mama, y solo hasta el mes de marzo de 2019 se registraron 81 pacientes registrados en la Unidad de Oncología Ambulatoria.

Sin embargo, pese a la gran incidencia de cáncer de mama que aqueja a la población, los avances biomédicos han profundizado más la fisiopatología y el tratamiento del cáncer de mama; pero los progresos en el control de la enfermedad, el diagnóstico y la recuperación siguen configurando situaciones potencialmente muy estresantes y en consecuencia, difíciles de afrontar; no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico.

En este contexto, resulta trascendental identificar el tipo de afrontamiento utilizado porque ello permitiría anticipar potenciales dificultades para la adecuada adaptación a la enfermedad, por lo que el afrontamiento puede representar un indicador adecuado de la forma en la que las pacientes con cáncer de mama se adaptan al diagnóstico y el tratamiento.

Asimismo, los resultados de la investigación pueden servir de base para contribuir con políticas de intervención desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, es decir que permitirá al profesional de enfermería valorar la importancia de abordar a una paciente con cáncer de mama de forma holística, y no solo como una persona que padece una patología de tipo orgánico (modelo biomédico) y cuyo tratamiento se reduce a eliminar, controlar o paliar dicha enfermedad.

Con la realización de esta investigación se pretende, por un lado, aportar datos científicos que sirvan de punto de partida para seguir profundizando en el estudio psicológico del cáncer desde un enfoque holístico, y por otro, aportar información que permita sensibilizar a las instituciones sobre la necesidad de incluir políticas de psicología en las unidades de oncología, así como ofrecer a los profesionales sanitarios, especialmente a los profesionales de enfermería información que les pueda ser de utilidad de cara a la elaboración de programas de intervención específicos para este colectivo de pacientes.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Determinar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.

Objetivos Específicos

- Identificar las estrategias de afrontamiento adaptativas: Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control emocional, y Búsqueda de Apoyo Social de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia –2019.
- Identificar las estrategias de afrontamiento desadaptativas: Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Pasividad y Resignación Pasiva, Huida y Distanciamiento, y Negación de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia –2019.

1.4. LIMITACIONES Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones fue la resistencia de algunas pacientes a colaborar durante la aplicación del instrumento por motivos muy personales.

Por otro lado, el llenado de los instrumentos se dio en un determinado espacio de tiempo, lo que significó que no todas las pacientes fueran encuestadas, debido a que dos de ellas se encontraban con referencia a la ciudad de Lima, por lo que no se pudo incluirlas dentro del estudio.

También constituye una limitación que no se conozca el perfil psicosocial previo de las mujeres que participan en el estudio, su estilo de afrontamiento, su historia previa de afrontamiento de problemas y crisis de la vida, o sus niveles previos de ansiedad y depresión que pueden interferir en los resultados.

Es importante mencionar que el estudio es viable, ya que se contó con los recursos humanos y financieros, además de la disponibilidad de tiempo para su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el ámbito internacional encontramos:

Londoño Durango Y, Salgado Lazaro L (Colombia, 2015). En su tesis titulado: “Evaluación de estrategias de afrontamiento al estrés del paciente oncológico”, cuyo objetivo principal fue “determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente oncológico”, donde participaron 68 pacientes del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica. Los resultados evidencian que hay un mayor uso de las estrategias de tipo positivo, con un mayor porcentaje de la estrategia de enfrentamiento y lucha activa con un 43%, seguido de la estrategia ELA se encuentra con un 16% la estrategia de autocontrol y control emocional (ACE) e igual porcentaje para la estrategia búsqueda de apoyo social (BAS). Las estrategias de afrontamiento de tipo negativo se observan con porcentajes menores, un 12% pasividad y resignación pasiva (PRP); la estrategia huida y distanciamiento (HD) 6%; con un 4% ansiedad y preocupación ansiosa (APA) y por ultimo 3% la estrategia de negación (N).

Concluyendo que las estrategias más empleadas por el paciente oncológico para hacer frente al estrés generado por la enfermedad son las estrategias consideradas positivas. La estrategia más empleada es la correspondiente al espíritu de lucha activa, lo que establece que el paciente oncológico hace parte activa de su proceso de recuperación apropiándose de roles que permitan mantener el funcionamiento físico y mental de su ser, conllevándolo a la obtención de la adaptación a la enfermedad.

Ogando Santana L (República Dominicana, 2018). En su tesis titulada: “Calidad de vida, estrés y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sanchez Perez de Tavarez”, cuyo objetivo principal fue Determinar la calidad de vida, estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto.

En el CAEPO (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos) la puntuación promedio mayor correspondió al afrontamiento activo (41.46) denotando que los pacientes presentaban un buen manejo de sus emociones, control sobre su enfermedad, y sobre ellos mismos, y buscaban activamente soluciones para mejorar su situación actual. Para las demás escalas de afrontamiento las puntuaciones estuvieron significativamente bajas. En el ISEAC (Inventario de estrés y estrategias de afrontamiento del cáncer) la puntuación promedio para el nivel de estrés total fue de 12.66 lo cual evidencia que los pacientes percibían su nivel de estrés como muy bajo. La puntuación promedio más alta de las escalas fue la de temor al pronóstico con 3.118 mostrando que los pacientes presentan mayor malestar al pensar en el futuro con relación a su enfermedad. Concluyendo que el estilo de afrontamiento de rumiación y preocupación ansiosa tuvo una correlación significativamente alta con el estado de salud global. Tener un estilo de afrontamiento orientado a la preocupación y ansiedad pudiera afectar negativamente la calidad de vida causado por la incertidumbre con relación a la evolución de la enfermedad.

Acosta Zapata E (Mexico, 2017). En su Artículo de investigación: “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama”, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre estas dos variables en pacientes con cáncer de mama, para lo cual se evaluó a una población de 63 pacientes. Dentro de los resultados tenemos que el 46% se evaluaron como familias moderadamente funcionales, y la principal dimensión con alteración en la fue la comunicación en el 30%. El 68% presentaron afrontamiento activo, siendo la resolución de problemas la estrategia más utilizada hasta en el 43% de las pacientes estudiadas. La edad y el estado civil tuvieron relación positiva con el afrontamiento activo. La funcionalidad familiar presentó relación estrecha con el afrontamiento activo y la alteración de la dimensión de comunicación familiar presentó relación positiva con el afrontamiento negativo. Se midió la magnitud de asociación a través de la razón de prevalencia en donde se observó que las mujeres que pertenecían a familias funcionales tenían 7 veces más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento activo; así como se encontró que las mujeres con nivel medio superior de estudios presentaron 1.3 veces más probabilidad de utilizar estrategias de afrontamiento activo.

Concluyendo que las estrategias de afrontamiento activo son las más utilizadas en las mujeres con cáncer de mama, siendo la resolución de problemas la que predomina en la mayoría de las pacientes, la cual se encuentra relacionada con factores como la edad, escolaridad y estado civil; más no se encontró relación con el estadio de la enfermedad, el tratamiento, ni con la presencia de comorbilidades.

Jorques Infante, MJ. (España, 2015). En su Artículo de investigación: “Estrategias de Afrontamiento ante el Cancer de Mama”, cuyo objetivo fue “Obtener las puntuaciones diferenciales en las estrategias de afrontamiento en función de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas”, y cuya población fue de 150 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Los resultados encontrados nos muestran como la escala de espíritu de lucha del MAC presentaría la media más alta 51.78 es decir la mayoría de los pacientes se enfrentan a la enfermedad con la estrategia de afrontamiento de espíritu de lucha, y la estrategia menos utilizada la de retirada comportamental con una media de 4.86. Además, los grupos por edad se dividen en dos, un grupo 1 en los que estarían las pacientes hasta 50 años serian 69 mujeres y un grupo 2 en el que estarían las mayores de 50 años que sería de 81 mujeres. Se utiliza la prueba T de Student al presentar ambos grupos una distribución normal, pudiendo observar diferencias significativas en las estrategias de planificación y de solución de problemas del Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE), siendo las mujeres de hasta 50 años las que puntúan más alto. En conclusión, en las primeras fases de la enfermedad, las estrategias utilizadas son la que habitualmente tenían las pacientes ante situaciones vitales estresantes y no las propias de la enfermedad. Las pacientes que trabajan fuera de casa utilizan en mayor medida las estrategias centradas en el problema buscando apoyo en el entorno social, y las que trabajan en casa utilizan más las centradas en la emoción.

Ovidio Martínez, B (Cuba, 2014). En su tesis: “Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama”, cuyo objetivo general fue “determinar los niveles de la autoestima y los estilos de afrontamiento presentes en mujeres con cáncer de mama”, con una muestra de 30 pacientes. Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Según los resultados, predominan las mujeres en el período de más de 10 años de evolución, representado un 36.7 %. Además, prevalece el tratamiento mixto, aplicado a un 46.7 % del total; seguido de la cirugía con un 30 % y la quimioterapia que contempla un 13.3 % del total. En cuanto a la autoestima, 46.7 % presentan una autoestima baja, seguido por el nivel medio de autoestima con un 30 % y por último, 23,3% de mujeres cuentan con nivel alto de autoestima. Además, existe predominio del estilo de afrontamiento centrado en las emociones, representado por un 73.3 %, mientras que el estilo de afrontamiento centrado en el problema representa un 26.7 % de la muestra. De las pacientes con predominio del estilo de afrontamiento centrado en las emociones, un 33.3 % presenta autoestima baja, un 26.7 % tienen autoestima media, mientras que solo un 13.3 % tiene autoestima alta. Concluyendo que los tratamientos empleados con mayor frecuencia son mixtos. La autoestima se comporta entre niveles bajos y medios. Predominó el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, lo que genera la aparición de estados emocionales negativos y no representa un estado constructivo para el enfrentamiento a la enfermedad.

En el ámbito nacional encontramos:

Linares Peve EL (Lima, 2018). En su tesis titulada: “Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, consultorio oncológico Medicarte”, cuyo objetivo principal fue determinar la relación que existe entre estas dos variables en 70 pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Los resultados fueron: Según los datos obtenidos el 34.29% de los pacientes encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la variable afrontamiento al estrés, el 41.43% presentan un nivel regular y un 24.29% un nivel malo. Además, el 34.29% de los pacientes encuestados presentan un nivel bueno con respecto a la dimensión afrontamiento activo, el 42.86% presentan un nivel regular y un 22.86% un nivel malo. Se concluye que existe una correlación directa y positiva entre la variable calidad de vida y el afrontamiento al estrés, teniendo un resultado moderado. Además, que existe una correlación directa y positiva entre la dimensión factores físicos y el afrontamiento al estrés, teniendo un resultado moderado. También, existe una correlación directa y positiva entre la dimensión factores psicológicos y el afrontamiento al estrés, teniendo un resultado moderado.

Angulo Perez K (Lima, 2015). En su tesis: “Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima”, cuyo objetivo fue determinar si existe relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en 102 pacientes mujeres con cáncer de mama. En cuanto a los resultados se observa que el 92.2% de las mujeres evaluadas evidencian un afrontamiento de tipo positivo, lo cual favorece la adaptación para afrontar una determinada situación crítica; por su parte, el 6.9% no define su forma de afrontar el estrés, es decir no existe una predominancia definitiva de un estilo positivo o negativo. Sin embargo, sólo el 1% muestra estrategias negativas. Además, 8.8% de las mujeres evaluadas presenta una funcionalidad familiar normal en la interacción familiar. Sin embargo, el 49.0% evidencia una disfunción familiar leve, así mismo, el 42.2% presenta una disfunción familiar moderada, lo que indica la presencia de una inadecuada capacidad para afrontar y superar las crisis familiares. No existe la presencia de funcionalidad severa. Además, no existe una correlación significativa entre el afrontamiento ante el estrés y la funcionalidad familiar. Se concluye que el afrontamiento ante el estrés no se relaciona significativamente con la percepción de la funcionalidad familiar, en las pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud- Lima. Es decir que, existen factores que intervienen favorablemente en el estilo de afrontamiento ante el estrés, por lo tanto, la capacidad de afrontamiento es independientemente a la funcionalidad familiar

Barrientos Andia, KK (Arequipa, 2015). En su tesis: “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre estas dos variables en 50 mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas. En cuanto al tiempo transcurrido desde la cirugía, el 64% de mujeres tienen un tiempo de cinco años a más. La estrategia de afrontamiento más utilizada por las pacientes es la planificación con un promedio de 12.38 mientras que la menos utilizada es la supresión de actividades con 9.02. Las estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción, la más utilizada es acudir a la religión con un promedio de 14.66 mientras que la estrategia menos utilizada es la negación con 8.22. Las estrategias de afrontamiento enfocadas a la percepción, la más utilizada es el desentendimiento mental con un promedio de 9.78 y la estrategia menos utilizada

es el desentendimiento conductual con 6.34. Finalmente, existe relación estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, debido a que ésta es regular en el 100% de mujeres, se demuestra que este resultado se debe a que la mayoría de mujeres utilizan las estrategias de afrontamiento enfocadas al problema con un promedio de 53.96, a la emoción con 55.44 y la percepción con 25.68.

Concluyendo que en el estilo de afrontamiento enfocado al problema la estrategia más utilizada es la planificación; en cuanto al estilo enfocado a la emoción que predomina en la población la estrategia más utilizada es acudir a la religión, luego con respecto al estilo de afrontamiento enfocado a la percepción la estrategia más utilizada es el desentendimiento mental siendo el estilo menos empleado.

Ascencio Puicón, A (Chiclayo, 2013). En su tesis: “Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama”, cuyo objetivo fue “determinar si existe asociación entre los niveles de resiliencia y los estilos de afrontamiento en 70 mujeres con cáncer de mama”. Los resultados indican que existe asociación directa de grado fuerte entre los niveles de resiliencia y los niveles del estilo de afrontamiento centrado en la emoción. El nivel de resiliencia en mujeres con cáncer de mama es medio con 51,4 %. Refiriéndonos a los estilos de afrontamiento, el 50,0% de las mujeres con cáncer de mama utilizan el estilo centrado en la emoción, lo que revela que las pacientes expresan sus emociones para el afronte a la enfermedad y pronta recuperación. El 30,3% de mujeres con cáncer de mama utilizan estrategias para modificar el problema existente. El 19,7 % de las mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal, utilizan el estilo de afrontamiento centrado en otros estilos. Concluyendo que la paciente oncológica resiliente, conociendo su diagnóstico y mediante la expresión de las emociones, ya sea de forma positiva o negativa, analiza la manera de sobreponerse a ella, lo que le permite sobrellevar la enfermedad. Además, la mayor parte de ellas utilizan el estilo centrado en la emoción, lo que revela que las pacientes expresan sus emociones para el afronte a la enfermedad y pronta recuperación.

2.2. BASES TEÓRICAS

Estrategias de afrontamiento

El proceso de adaptación a la enfermedad tiene varios frentes y se desarrolla, normalmente, en un período de tiempo largo, en donde, a veces, se deben tomar decisiones en situaciones desconocidas y altamente angustiantes.

El afrontamiento entonces puede ser definido como “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”. (Fernández & Flores, 2011) Esta definición recoge los dos tipos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman (1987), esto es, el dirigido al problema (la enfermedad) y el dirigido a la emoción (reducir el malestar personal).

Es por ello que para realizar un abordaje integral a este proceso una de las teorías más desarrolladas es la planteada por los teóricos Lazarus y Folkman (1986), quienes definen el afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Macías, 2013)

Además, Lazarus y Folkman definen al estrés como “Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

En el modelo de Lazarus y Folkman, va a existir una relación entre el individuo y el entorno, en la que ante alguna situación del entorno el individuo se puede sentir amenazado o desbordado en sus recursos. Esto debido a que cada emoción nos dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona.

Dentro del ámbito psicológico se considera al estrés como una relación de desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de superarlas. Ante lo cual la persona realizará dos evaluaciones de acuerdo con el Modelo de Lazarus y Folkman, la primaria, en cuanto a su significado personal (si lo percibe como daño o pérdida reales, daño o pérdida como posibilidad o un desafío personal), esta valoración estará influida por sus creencias y valores personales; y secundaria, de cómo lo va a afrontar, esta valoración está relacionada con el grado en que la persona puede controlar o cambiar las situaciones. Después de esa evaluación y si es considerado como estresante, se dará la respuesta de estrés. (Nogueira, 2017)

De manera general, Stone y Cols definen al afrontamiento como “la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles”. (Castaño & Barco, 2010)

El afrontamiento es una manera de manejar los pensamientos, sentimientos, emociones y conductas frente a situaciones estresantes en nuestra vida diaria; su concepto refleja una finalidad adaptativa, convirtiéndose en las herramientas necesarias para completar el proceso de supervivencia en un determinado medio, pues si bien es cierto, existe un elemento inicial, siendo en este caso la situación estresante, seguido estará el tipo de afrontamiento, extrayendo recursos frente al mismo y como último se tiene la respuesta adaptada de acuerdo a cada sujeto.

Al cumplirse dicho proceso con resultados favorables, es decir, que el sujeto haya logrado controlar aquella situación estresante o desafiante, la respuesta adaptada será la misma frente a situaciones similares; caso contrario, el mismo sujeto buscará otra herramienta u otra alternativa para lograr el resultado esperado; sin decir con esto que el proceso cambia, lo único que se modifican son los recursos y herramientas a utilizar para lograr la satisfacción del sujeto en medio de cualquier ambiente o situación.

Toda situación estresante se convertirá en el estímulo para que el sujeto seleccione los recursos y herramientas necesarias para combatirlas, sin embargo no toda situación viene sola, sino está acompañada de reacciones emocionales y cognitivas que convertirán a dicha situación en una situación interpretada, (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, 2010) y siendo a partir de ésta interpretación el resultado conductual esperado; es decir, la situación en sí misma no es la que provoca una conducta cualquiera, sino la interpretación que cada sujeto realiza de la misma.

Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas; ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación.

Es importante considerar que el afrontamiento se convierte en un proceso flexible y moldeable de acuerdo al sujeto que lo adopta, siendo manejado por el mismo para obtener el resultado esperado; al darse una respuesta, no solo se convierte en una respuesta momentánea o automática, sino que pasa a ser una conducta expresada en experiencia, donde el sujeto hará uso de la misma frente a situaciones similares que demanden estrés o malestar, haciendo además que el proceso de cognición se reduzca, pues si bien es cierto, cuando un sujeto se enfrenta por primera vez a dicho estímulo, inicia el trabajo de cognición de manera completa, interpretando y maximizando a aquella situación real, para luego dar una respuesta automática; sin embargo, al convertirse en una experiencia aprendida, el proceso de cognición es mínimo. (Gomez Moreno, 2010)

Una vez que el proceso conductual es realizado, el sujeto se habrá adaptado a su medio externo e interno y se habrá logrado controlar de cierta forma la situación generada, logrando su adaptabilidad, supervivencia y equilibrio para consigo y el resto. (Sofía, 2012)

Plantear el término “estilo”, directamente hace referencia a una característica identitaria que diferencia entre uno u otra cosa o persona de otra distinta. Al hablar de personas específicamente, los estilos de afrontamiento constituyen una “marca propia” en cualquier sujeto mencionado, determinando su forma de reaccionar frente a cualquier situación.

Estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas

En general el concepto de afrontamiento se usa sin hacer distinción entre estrategias positivas, o también conocidas como adaptativas, y las negativas, conocidas también como no adaptativas.

Existen investigadores, como es el caso de Carver, que establecen esta distinción y clasifican las estrategias en dos grupos, uno que incluiría las estrategias teóricamente negativas, de tipo neurótico o no adaptativas como la desconexión mental y conductual, negación, centrarse en las emociones y desahogarse; y otra en el que estarían las estrategias positivas como serían las demás. (Rodriguez & Benitez, 2010)

Hay estrategias que pueden ser o no adaptativas en función de diferentes circunstancias. Por ejemplo, la negación en general se considera como desadaptativa, pero si se da en los momentos iniciales tras el diagnóstico podría resultar adaptativa.

Dunkel-Schetter hallan que los estilos de afrontamiento más activos se relacionan con una mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer que los estilos de afrontamiento caracterizados por la evitación. La diferencia de las estrategias adaptativas de afrontamiento de las no adaptativas se encuentra en función de sus consecuencias positivas o negativas respectivamente, para el sujeto que las utiliza. (Rodriguez & Benitez, 2010)

Una diferenciación similar al señalar las características de los pacientes que ante una enfermedad somática tienen una recuperación psíquica adecuada, es que las estrategias de afrontamiento en dicho grupo son más adecuadas ya que mantienen el malestar psíquico dentro de límites manejables, mantienen la autoestima, mantienen las relaciones con personas significativas de una forma satisfactoria, llevan a la persona a acciones para recuperar su salud física e incrementan la probabilidad de mantener la sensación de tener una personalidad valorada y aceptada socialmente después de haberse recuperado físicamente.

Entonces las estrategias adaptativas, son aquellas que tienen como premisa fundamental ver el problema como una OPORTUNIDAD para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyos. Aplicar la ACEPTACIÓN si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que hay control sobre la situación y que se puede resolver. Todo ello aumenta la confianza y eficacia. (García Marco, 2019)

Por otro lado, en el tipo de afrontamiento desadaptativo, la base está en encarar la adversidad como una AMENAZA o daño personal. Huiremos, evitamos encarar el conflicto, lo aplazamos, abandonamos cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegamos a otra persona, nos distanciamos. (García Marco, 2019)

En ambas, las emociones juegan un rol importante en nuestro estilo de afrontar, en nuestra percepción de éxito, ya sean negativas –provocando sensación de inutilidad, pesimismo, pasividad- como positivas, generando una visión de autoeficacia orientada al problema, a la acción. Cuando ante un problema las personas se centran en las emociones negativas, se enfoca más en ella misma y se creen incapaces, adoptando en ocasiones el rol de víctima, reforzando aún más la percepción errónea de ineffecticia.

Vemos, por tanto, como la forma de afrontar los conflictos depende de muchos factores, pero podemos cambiar los que no son adecuados. Sea de manera eficaz o no, conlleva un esfuerzo y unas consecuencias que, si usamos un afrontamiento pasivo puede desembocar en efectos negativos para la salud como ansiedad, estrés o problemas físicos. En cambio, el afrontamiento activo es la forma más saludable para adaptarnos y resolver situaciones, siendo su base el creer que controlamos la situación y tener expectativas positivas, esto fortalece nuestra capacidad para hacerle frente.

De esta manera provocamos un efecto positivo en nuestra salud y bienestar. Es importante que cambiemos las formas de afrontamiento negativas para que no produzcan un daño excesivo.

Estrategias de afrontamiento y la adaptación al cáncer

Cuando hablamos de estrategias de afrontamiento nos referimos a las habilidades o actividades desarrolladas para la adaptación y/o superación de problemas en situaciones concretas generadas por el proceso canceroso y por su impacto emocional y/o social en la vida del paciente. Cuando una persona considera que las circunstancias de su vida exceden a sus posibilidades, desbordan sus estrategias adaptativas habituales y/o son insuficientes, tendrá que aumentar sus esfuerzos y transformar sus ideas, sentimientos y acciones para adaptarse al cambio de situación.

La información y el adiestramiento les ayudarán a conocer y comprender su enfermedad, lo que les proporcionará nuevas estrategias para abordarla.

Los continuos avances en el tratamiento y las mejoras en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con cáncer no han sido capaces de desterrar la asociación de esta enfermedad con sentimientos de desesperación, dolor, miedo y muerte. En el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en todos los periodos evolutivos de la enfermedad, el paciente y la familia sufren un estrés psicológico prolongado como consecuencia de los síntomas, el conocimiento y el pronóstico del cáncer, así como de su estigmatización. (Ayllón, 2017)

El diagnóstico no causa el mismo impacto emocional en todos los individuos, sino que cada uno de los pacientes atraviesa una situación única que viene marcada por experiencias personales anteriores de su vida. Tanto el paciente como la familia experimentan algún grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante el proceso de la enfermedad que puede generar conflictos.

Saberse portador de un cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol.

Si el paciente percibe su situación como “amenazante”, surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad. Si por el contrario valora la situación como una “pérdida importante”, aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Tiene carácter universal e influye en todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante. Sentimiento de miedo:

- A la muerte.
 - A la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc.
 - Ante alteraciones de la imagen corporal.
 - A no poder realizar las actividades cotidianas.
 - Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales.
 - Una vez ha finalizado el tratamiento aparece el miedo ante la reincorporación a la vida cotidiana, el trabajo, los estudios o la vida familiar.
 - A posibles recaídas, lo que crea cierta dependencia del equipo médico que atiende al paciente en el hospital.
 - Al dolor y a otras secuelas que acompañan a la enfermedad en estadios avanzados.
- (Ayllón, 2017)

La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso activo y continuado en el que el paciente tiene que desarrollar mecanismos propios de afrontamiento para superar el sufrimiento emocional, el estrés y los problemas específicos generados en cada una de las distintas etapas de la enfermedad.

El grado de participación activa y de compromiso del paciente en la tarea de superación del cáncer será lo que indique el grado de adaptación o inadaptación al mismo. Se considera proceso adaptativo normal o positivo cuando el paciente consigue reducir al mínimo las alteraciones de su vida cotidiana, controla el sufrimiento emocional y es capaz de participar activamente en todos aquellos aspectos de la vida que tienen importancia para él. Si no logra un grado de adaptación aceptable, con frecuencia se retraerá y sentirá desesperanza, ansiedad y depresión.

El estilo de afrontamiento individual es el “esfuerzo cognitivo y conductual que realiza el paciente para manejar situaciones con demandas específicas internas/externas, consideradas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”. Está relacionado con los pensamientos y comportamientos propios que cada persona utiliza en el esfuerzo para adaptarse ante circunstancias comprometidas de la vida.

Experiencias percibidas por diferentes profesionales del equipo multidisciplinar de oncología y corroboradas por diferentes autores han permitido observar reacciones muy distintas de los pacientes en contextos similares:

Es muy frecuente que descubran nuevas fortalezas interiores que les permiten superar aspectos que ellos mismos creían imposibles de controlar. Cambian el sentido de la vida al otorgar prioridad a sentimientos, momentos, circunstancias y cosas que anteriormente no eran capaces de valorar.

Espíritu de lucha de aquéllos que no se han rendido ante las adversidades y a los que, muy al contrario, les han servido de acicate para continuar la lucha contra la enfermedad con nuevas energías.

Por el contrario, otros adoptan una actitud pasiva, evitan y niegan los nuevos acontecimientos y se sienten incapaces de hacer frente a esta nueva situación.

Tampoco es infrecuente que algunas personas en determinados momentos se vean dominadas por el fatalismo y la desesperanza. (Ayllón, 2017)

Según María teresa Gonzales Martínez, define 7 escalas que dividen a los estilos de afrontamiento tanto en positivo como en negativo.

Son 3 las escalas que clasifican a estrategias de afrontamiento de tipo adaptativo: (Martínez M. G., 2008)

La escala de **Enfrentamiento y Lucha Activa** (ELA). Esta escala hace referencia a aquellas estrategias de un sujeto que tiene una visión optimista respecto al pronóstico de la enfermedad y de sus posibilidades para luchar contra ella. El sujeto, aunque valora la situación como grave y difícil, sin embargo, ve en ella un reto al que está dispuesto a responder de forma activa y colaboradora. (Martínez M. T., 2015)

Consiste en aceptar que el suceso ha ocurrido y es real. Se acepta que es una respuesta de afrontamiento adaptativa que permite enfrentarse con la situación real. Normalmente ocurre en la evaluación primaria, aunque la aceptación de que no hay posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento activas puede ocurrir en la evaluación secundaria. Es especialmente importante en situaciones en las que las circunstancias no se pueden modificar.

Esta escala perteneciente al afrontamiento positivo favorece la adaptación a la situación de la enfermedad, debido a que el paciente afronta la situación manejando sus estados emocionales negativos, se muestra colaborador y con apertura para recibir apoyo emocional. (Fernández I. R., 2006)

El sujeto tanto a nivel conductual como cognitivo, adopta un papel activo en todo lo referente a su enfermedad. El sujeto valora la situación como grave y difícil, pero, al mismo tiempo, ve en ello un reto al que quiere responder con todos los recursos de los que dispone.

El pensamiento positivo no implica que se deba ignorar las situaciones vitales menos placenteras. Solo quiere decir que el enfoque ante situaciones desagradables es más positivo y productivo. Piensas que lo que va a ocurrir es lo mejor, en lugar de lo peor.

La esperanza es parte del pensamiento positivo, creer que el destino puede cambiar. Es confiar en que se va a tener suerte. Es estar convencido de que hay soluciones. Es un sentimiento positivo relacionado con la espera. Tener esperanza impide que caigamos en el desánimo, en la depresión y que demos algo por perdido. (Fernández I. R., 2006)

Cuando la pierdes, dejas de involucrarte con tu objetivo, pierdes el interés y no inviertes el esfuerzo, el trabajo ni la creatividad que requiere la situación.

A su vez, esta escala engloba la confianza en uno mismo no es más que una creencia, una cuestión de expectativas. Si tengo expectativas de que seré capaz de tener éxito en los obstáculos que se me presenten, confiaré en mí mismo. Tiene varios significados, como, por ejemplo, autoaceptación, autosatisfacción, autoconsciencia. La autoconfianza forma parte del ser humano, el resultado de la mezcla entre autoestima y autoeficacia; la autoeficacia es la impresión que tiene una persona de que es capaz de cumplir sus metas, la autoestima está más relacionada a la percepción que tiene una persona sobre sí misma y sus capacidades.

La escala de **Autocontrol y Control Emocional** (ACE). Esta escala hace referencia a las estrategias que le llevan al sujeto a responder de forma activa utilizando pensamientos y conductas dirigidos a disminuir o desaparecer el estado emocional displacentero causado por la enfermedad. Como en el caso anterior, está valorando su situación como muy difícil. (Martínez M. T., 2015)

El manejo de emociones negativas indica que no podemos ni desconectar ni elegir nuestras emociones, pero podemos intentar conducirlas, mediante el control de emociones, que no debe ser entendido como forma de represión de las emociones. El objetivo de las técnicas de control es evitar que cuando se dispara una emoción negativa; nos arrastre y la expresemos de una forma desbordante de la que luego nos podamos arrepentir. (Gimeno, 2019)

Ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso en el que constantemente se realizan esfuerzos para afrontar la situación que se percibe como amenazantes o excedente de lo que el individuo puede hacer. (Asociación Española contra el cáncer, 2010)

Además, es importante que el paciente considere una reinterpretación positiva, es decir que considere lo mejor de la situación intentando ver los aspectos positivos y lo que uno puede hacer para manejarla mejor. Lazarus y Folkman (1986) consideraron esta estrategia como un tipo de afrontamiento focalizado en las emociones más que para enfrentarse a la situación

estresante. Pero para Carver y colaboradores (1989), esta estrategia no está limitada exclusivamente a la reducción del malestar ya que reconstruye la situación estresante en términos más positivos, lo que puede permitir desarrollar posteriormente estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. (Hermel, Pizzinato, & Uribe, 2015)

La escala de **Búsqueda de Apoyo Social** (BAS). Desde una valoración de la situación semejante a los dos casos anteriores, esta escala explora la valoración que el sujeto hace del apoyo social percibido y las estrategias que pone en marcha para lograr un mejor apoyo social e informativo. (Martínez M. T., 2015)

Consiste en buscar la ayuda de otros, pedir información o consejo acerca de qué hacer o bien obtener la simpatía o el apoyo emocional de alguien. (García & Morillas, 2013) Para Carver y colaboradores (1989) este afrontamiento es un arma de doble filo porque en algunos casos puede ser un comportamiento adaptativo y en otros no serlo (si se centra por ejemplo, en desahogarse emocionalmente y en nada más, lo que puede distraer a la persona de la posibilidad de realizar un afrontamiento más activo).

La importancia de intervenciones de apoyo a la familia y fomentar la implicación familiar, pueden verse reflejadas en la investigación de Li-Hi, donde indica que el cónyuge y la familia son fuentes importantes de apoyo para mujeres con cáncer de mama. (Torrealba & Picazo, 2015) En lo referente a la intervención acerca de aumentar los sistemas de apoyo, en esta escala se indaga si las pacientes asisten a terapias ocupacionales, tales como música, danza y dibujo, participar en las actividades de asociaciones de cáncer de mama y en los grupos de apoyo donde pueden sentirse psicológicamente aliviadas.

Es más, los grupos de ayuda son utilizados como recursos poderosos y recomendables, suponiendo ayuda natural de persona a persona y promocionando situaciones de ayuda mutua. Al tratar las necesidades más inmediatas de los pacientes, esto permite a la persona reducir el sentimiento de aislamiento. (Yélamos & Fernández, 2009) Es importante mencionar que una relación con el profesional, y por supuesto con la familia y su entorno, en la que el enfermo no se sienta juzgado ni marginado, sino entendido y ayudado, permite poder confrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades a la vez que ayudan a mantener la dignidad del enfermo, en estos momentos en los que experimenta una mayor desprotección por ser la fase final de la vida.

Así mismo, son 4 las escalas que se enfocan en estrategias desadaptativas:

La escala de **Ansiedad y Preocupación Ansiosa** (APA). Esta escala hace referencia a aquellas estrategias en las que el sujeto valora su situación como muy grave y amenazante y con un pronóstico inseguro. Al mismo tiempo, se siente ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación. (Martínez M. T., 2015)

Hacen referencia a pensamientos repetitivos, los cuáles solo giran en torno a los acontecimientos del pasado, y en los síntomas y sentimientos que estos producen, así como en las causas y consecuencias de la situación adversa que se está viviendo, sin progresar de forma activa en la solución. En este sentido, quiere decir que a mayor rumiación y preocupación ansiosa menor afrontamiento activo. Es decir, que el preocuparse y tener pensamientos repetitivos y negativos no permiten que la persona adopte comportamientos afectivos que favorezcan el afrontar el proceso del cáncer. (Conde, Avila, Retes, Guerra, & Pasto, 2016)

El sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, al mismo tiempo que tiene incertidumbre respecto a la evolución y el futuro de su enfermedad. Esto hace que se manifieste ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación, y respecto al pronóstico y al resultado final. (Cabana, 2008)

Un nivel elevado de ansiedad es comprensible en pacientes oncológicos, teniendo en cuenta el estado de angustia asociado al diagnóstico de la enfermedad. Una reacción ansiosa aguda puede presentarse en las diferentes fases de la dolencia como, por ejemplo, el inicio y el final del tratamiento, la aparición de metástasis, las recaídas y el comienzo de los cuidados paliativos. (Primo & Nunes Gonçalves, 2012)

A lo anterior se suma los elementos psicofisiológicos concomitantes de la ansiedad tales como la hipervigilancia, el estado de alerta, la crisis de llanto, los trastornos de sueño (retraso al dormir, despertar ansioso), la agresividad verbal, la agitación, los problemas de concentración, etc.

No es malo sentirse ansioso; todos tenemos ansiedad porque es algo corriente y normal en los seres humanos, sin embargo, esta ansiedad debe establecerse dentro de los parámetros para que sea considerada como benévola, ya que cuando supera límites normales, la ansiedad comienza a ser un problema. (Primo & Nunes Gonçalves, 2012)

La preocupación surge ante situaciones cotidianas que pueden favorecer la sensación de cierta amenaza o peligro. Este sentimiento se precipita cuando las decisiones que hay que tomar, no tienen soluciones claras.

La preocupación no se interpone en el camino de las actividades y responsabilidades diarias. Quien las padece, es capaz de controlar sus pensamientos. Las preocupaciones tienen una duración limitada en el tiempo. Las preocupaciones suelen ser realistas.

La escala de **Pasividad y Resignación Pasiva** (PRP). Esta escala hace referencia a evaluar aquellas estrategias en las que el sujeto, igual que en la escala anterior, valora su situación como muy grave, sintiéndose incapaz de hacer frente a una enfermedad para la que, además prevé un pronóstico negativo, adoptando una actitud fatalista. (Martínez M. T., 2015)

Ponen de manifiesto que el no hacer nada y el resignarse solo conduce a que la persona se encuentre continuamente evitando y generando pensamientos negativos que producen que la situación se experimente con mayor malestar emocional. Considera que tiene muy pocas posibilidades para superarla, tiene una visión pesimista, y en cierto modo fatalista, respecto a su futuro y a la evolución y pronóstico de la enfermedad. Buen número de pacientes está al tanto de su estado, pero prefiere evitar hablar del tema. ¿Se trata de una estrategia de evitamiento cognitivo o de una represión en el sentido psicoanalítico del término? A veces, los pacientes con poca educación “ignoran” la gravedad de su estado a pesar de las explicaciones que se les ha brindado. (Conde, Avila, Retes, Guerra, & Pasto, 2016)

La resignación también puede entenderse como conformidad ante el estado de sufrimiento “¿si no puedo hacer nada? ¡no hago nada!”. En esta escala existe una tendencia hacia la pasividad y al rechazo o bien dependencia de otros. El paciente deja en manos del equipo sanitario cuestiones que entiende no puede resolver o bien se encomienda a Dios. Dicho de otra forma, el paciente se ve a sí mismo carente de poder dejando lo que suceda en manos del destino. Va del “cese” (alto reconocimiento de la amenaza y poca sensación de control) a la “aceptación” (bajo reconocimiento de la amenaza y mucha sensación de control). (Fernández I. R., 2006)

Acostumbra a ser una constante que las personas afectadas se deterioren progresivamente – física y psíquicamente–, pierdan su capacidad de autonomía y cada vez sean más dependientes del grupo familiar y profesional. Es una faceta en la que para algunos es mejor terminar, morir, y para otros a pesar de los obstáculos, seguir y aceptar o resignarse, posiblemente a la espera de que algo cambie su mala suerte. En esta situación lo sorprendente es que refieren una separación entre su cuerpo que no les responde y su mente que puede reproducir deseos y acciones inalcanzables en cada una de las etapas por las que pasan. La mayoría son conscientes que la etapa siguiente va a ser aún peor. (Canseco, 2013)

Por otro lado, la faceta que se espera manejen los pacientes, es la aceptación. Después de la resignación, generalmente los pacientes aceptan una actitud de acercamiento y acogida, de su modo de vivir, sin evaluaciones morales y sin temor a ser juzgados. Facilita la expresión de sentimientos sobre la enfermedad o la vida. Se basa en la consideración de que el paciente posee diversas capacidades y recursos, valorando y reconociendo sus derechos ante la información, la toma de decisiones y que asume su responsabilidad. (Yélamos & Fernández, 2009)

La escala de **Huida y Distanciamiento** (HD). Esta escala hace referencia a aquellas estrategias en las que el sujeto trata de escapar o huir de la realidad o distanciarse de forma irreal. Sus conductas no afrontan ni la situación ni su malestar emocional con lo cual tenderá a aumentar su nivel de ansiedad. (Martínez M. T., 2015)

Que la evasión, se utiliza al igual que los de defensa, para proteger el Yo. Las pautas de conductas seguidas para buscar el ajuste, en este tipo de mecanismo, siempre se refieren al alejamiento, que implica todas las posibles formas de huida.

Cuando utilizamos mecanismos de evasión en la búsqueda del ajuste, nuestra conducta está dando a entender que hemos renunciado a la lucha franca y nos acogemos a los tipos evasivos de ajuste que nos proporcionan protección contra el peligro. (Cruz & Luna, 2005)

Evitar pensamiento sobre la situación por la que se está atravesando. Necesidad de distanciarse, evitar y suprimir pensamientos y emociones. Según, Rabinowitz & Peirson al negar la situación, la persona se defiende de pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazantes; manifestándose tanto en personas sanas como en personas con alguna enfermedad, y/o en los familiares del paciente. (Conde, Avila, Retes, Guerra, & Pasto, 2016)

La escala de **Negación** (N). Esta escala hace referencia a las conductas de negación del sujeto acerca de la evidencia de la enfermedad. Esta escala se valora relacionándola con las otras seis escalas. (Martínez M. T., 2015)

Puede suceder, aunque no es muy probable, que la negación se acompaña de puntuaciones elevadas en las escalas positivas, lo que se podría interpretar que la negación puede ser adaptativa. En caso contrario, que es lo habitual, es decir que haya un predominio de las escalas negativas, la negación funciona como una estrategia inadecuada y no adaptativa. Apoyándonos en la experiencia valoramos esta estrategia como negativa. (Fernández I. R., 2006)

El concepto de negación en psicooncología es utilizado cuando los pacientes parecen no comprender la gravedad de su diagnóstico. Se sospecha que un paciente hace uso de este mecanismo cuando no formula preguntas sobre su enfermedad a pesar de las oportunidades que se le dan o cuando se lanza en proyectos poco realistas o incluso cuando parece comprender la situación, pero no manifiesta ninguna reacción emocional respecto a ella.

Generalmente las personas utilizan la negación para protegerse contra la ansiedad y las contrariedades de la vida cotidiana (como cerrar los ojos, preferir no saber, etc.)

Aceptación del diagnóstico se acepta el diagnóstico (en mayor o menor grado) y comienzan un arduo camino por potenciar al máximo la calidad de vida.

El sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo cual en principio no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la situación. (Martínez M. T., 2015)

Negación del diagnóstico, minimizan las repercusiones de los síntomas y signos, tendiendo a maximizar los logros y minimizar los déficits. Este es un mecanismo de defensa que puede ir acompañado de la no aceptación del diagnóstico y la visita a varios profesionales para pedir, como mínimo, una segunda opinión. (Peve, 2017)

Es importante mencionar que, si bien la evitación y la negación generalmente son consideradas como estrategias de afrontamiento desadaptativas, en un primer momento, donde el diagnóstico de cáncer o el hecho de enfrentarse a una fase terminal produce mucha angustia, estos mecanismos cumplen un papel de protección cuando dicha angustia aún no puede procesarse de manera adecuada. Este sería el caso de una negación de tipo operativa. (Gomez & Cruz, 2007)

Sin embargo, cabe mencionar que si el uso de la negación o evitación persiste en el tiempo puede generar una mala adherencia al tratamiento y tornar muy difícil la comunicación médico-paciente. (Gomez & Cruz, 2007)

Por otro lado, el optimismo en general se lo considera como un estilo de afrontamiento que en principio se asocia a un buen ajuste. Sin embargo, si ese optimismo no es realista y objetivo de la situación tendrá un efecto negativo sobre el proceso de la enfermedad, como es el caso del optimismo ilusorio. (Gomez & Cruz, 2007)

Cáncer de mama

Según Solidoro, el cáncer de mama es un tumor heterogéneo en su naturaleza y en su comportamiento, por lo que tiene patrones de crecimiento y de diseminación metastásica ampliamente dispares. Se puede detectar cuando hay un abultamiento axilar, descamación del pezón, retracción, endurecimiento, formación de hoyuelos en la piel o eritema, edema, ulceración, rara vez hay dolor de mama.

El National Cancer Institute refiere que el cáncer en fase precoz no causa dolor, de hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no presenta síntoma alguno, pero cuando el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe de vigilar. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)

En los casos donde existen células cancerosas se encuentran formaciones de masas conocidas como tumores, las mismas que reemplazan al tejido normal y en ocasiones, las células cancerosas se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores, a este proceso se le conoce como metástasis.

No todos los tumores son cancerosos, y se los conoce como tumores benignos, estos a diferencia de los cancerosos o malignos, no pueden crecer hacia otros tejidos o invadirlos, sin embargo, pueden crecer en tamaño y ocasionar presión a otros tejidos u órganos sanos.

Dentro del tratamiento a la enfermedad tenemos la cirugía, que a su vez funciona como un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias. Dependiendo de su localización, puede representar la pérdida de una función, de un órgano o de un miembro. La pérdida de la mama en la mujer afecta tanto por lo que se refiere a su imagen corporal como a su femineidad.

En el caso de la radioterapia, otro aspecto del tratamiento, el contacto con una máquina y el temor a los fallos técnicos pueden ocasionar reacciones emocionales de carácter ansioso, en algunos casos fóbicos, acompañadas de sentimiento de miedo. (Fernández & Flores, 2011)

Y por otro lado, la quimioterapia, otro de los puntos dentro del tratamiento trae consigo efectos secundarios como: alopecia, náuseas y vómitos, fatiga, neuropatías, etc., por ello es normalmente mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, entre otros.

La forma en que esta mujer va a hacer frente a este momento particular de su vida y cómo tomar sus decisiones es de suma importancia, ya que, si tiene éxito, esto le permitirá experimentar y superar este momento de la mejor manera posible, minimizando el estrés y la ansiedad. Sin embargo, si la elección del tipo de enfrentamiento no es eficaz, puede ser desastroso, y puede causar más estrés y aumentar los niveles de ansiedad. (Silva, Zandonade, & Amorim, 2017)

En general, los tratamientos afectan a la persona tanto en el área somática, familiar, social y psicológica, dando lugar a diferentes alteraciones y reacciones emocionales.

Consecuencias psicológicas del cáncer de mama

Al momento de un diagnóstico ante cualquier enfermedad, es indiscutible que se presenten un sinnúmero de emociones como miedo, incertidumbre, tristeza, alegría (cuando un diagnóstico no es grave), etc. Sin embargo, éstas son reacciones normales frente a una situación poco habitual que cualquier sujeto podría pasar en cualquier instante de su vida.

Ahora al imaginarse el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer de mama, aumentará sin duda todas estas reacciones, sin decir con esto que dejan de ser reacciones normales.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más predominante a nivel mundial, siendo además el que mayor incidencia tiene en la población femenina, (Organización Mundial de la Salud, 2018) por ende es el que mayor repercusión psicológica tiene especialmente en la mujer, pues esta enfermedad está afectando a un órgano relacionado directamente con la estética, sensualidad y distintos roles que cumple una mujer.

Es impresionante conocer cómo el cáncer de mama abre un telón hacia un sinnúmero de pensamientos muchos de ellos erróneos, etiquetando a la enfermedad con connotaciones de muerte, dolor y deterioro, cerrando su esquema cognitivo a un solo camino, a la muerte; aunque este desenlace no siempre tenga que llegar a toda mujer. (Bonilla Merizalde, 2011) Todos estos pensamientos y concepciones entorno a la enfermedad y que no siempre se ajustan a la realidad, han sido escritos en el libro mental de muchas mujeres, predisponiéndolas a momentos tensionantes y de estrés, evitando una buena adaptación tanto a un diagnóstico como a un tratamiento.

Por otro lado, la susceptibilidad presentada en la mujer no solo se manifiesta en su estado cognitivo, sino además en su estado conductual y emocional, si bien es cierto estos aspectos se encuentran relacionados entre sí, los pensamientos erróneos no son los únicos, pues además encontramos el estado emocional alterado que se empieza a sembrar en la mujer, pues al auto explorarse cambia su auto percepción desde el punto de vista de género, bienestar físico y atractivo, cambiando de por sí su autoestima y su imagen corporal. (Tindslay Beck & Freeman, 2014)

En cuanto a su estado conductual, este puede verse afectado, pues, ciertas conductas cambiarán debido a la falta de motivación y autoestima disminuida que pueda tener (Barroilhet Diez, 2010), en este aspecto, la actividad sexual se verá modificada y muchas de las veces anulada por completo, sintiendo sobre su hombro el peso de la culpa, y la totalidad responsabilidad de este cambio.

Estrés en las pacientes con cáncer de mama

Relacionando el estrés y cáncer, es importante mencionar y entender qué es el estrés y cómo afecta al paciente oncológico el hecho de mantener unos estilos de vida saludables.

La situación de sufrir cáncer de mama, se puede identificar como “estresante”, en la medida en que todos y cada uno de los acontecimientos que la configuran, (la enfermedad, las terapias oncológicas, la hospitalización, las implicaciones familiares, sociales y laborales que conlleva, etc.), suponen en mayor o menor grado una amenaza a la integridad física, psicológica, familiar y/o social del paciente. (Martínez M. G., 2008)

Entonces para lidiar con el cáncer, también se debe lidiar con el estrés. Y la forma en cómo manejar el estrés puede tener un impacto enorme en la manera de cómo se afrontará el proceso adaptativo.

En la medida en que la persona posea recursos para afrontar estos acontecimientos, será menos vulnerable a los mismos y además, será capaz de poner en marcha conductas adaptativas que le ayuden a resolver las dificultades que surgirán en su nueva situación. (Hombrados García, 2012)

Por otro lado, si carece de esos recursos o los que utiliza son inadecuados para manejar los nuevos acontecimientos, surgirán problemas de ajuste que interfieren negativamente en la adaptación del sujeto. En ambos casos, las conductas y recursos que el sujeto utiliza, no sólo intervienen en los mecanismos de adaptación psicológica del sujeto, sino que su influencia se extiende al proceso mismo de la enfermedad.

Numerosos estudios e investigaciones evidencian una relación entre estrés y cáncer, considerando que el estrés es una consecuencia del padecimiento y/o tratamiento de la enfermedad. (Domínguez, 2010) Asimismo se define al estrés como un elemento perturbador de la salud y un factor potencialmente desencadenante de todo tipo de enfermedades, entre ellas el cáncer.

Inclusive las investigaciones describen que el estrés interfiere en la forma en que ciertas células; en el sistema inmunitario funcionan y en particular, afecta a las células cancerosas emergentes. (García A. T., 2015)

En muchos trabajos que describen la relación entre el cáncer y factores psicológicos, el estrés ha sido una de las variables más investigada y una de las que ha dado lugar a un mayor número de trabajos y publicaciones. (Martínez, Piqueras, & Inglés, 2015)

Modelo de enfermería relacionado a las estrategias de afrontamiento

El proceso de atención de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y es una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería (Martínez Riera, 2009); cuidados que se orientan a partir de los diversos modelos y teorías con los que cuenta la profesión que han sido desplegados y reconocidos a lo largo del desarrollo de enfermería como profesión.

Por lo anterior y teniendo en cuenta los conceptos teóricos de este trabajo, el modelo propuesto por Sor Callista Roy, denominado modelo de adaptación es uno de los que se puede aplicar en el proceso de atención de enfermería en las pacientes con cáncer de seno durante su proceso de afrontamiento. Roy afirma que la persona busca constantemente estímulos en su entorno que generan una reacción y finalmente la adaptación que puede ser eficaz o ineficaz.

Las repuestas eficaces son aquellas que ayudan a la persona a adaptarse mientras que las ineficaces amenazan los objetivos de adaptación. Este modelo es útil para la enfermera porque le permite ayudar al paciente a adaptarse a su situación y mantener el control del medio que lo rodea. (Code, 2018)

El fin particular de este modelo es la adaptación, que se obtiene cuando el paciente reacciona de forma positiva ante los cambios que se presentan, pero que no se consigue cuando el individuo reacciona desfavorablemente pues se altera su integridad; todo esto depende de dos subsistemas que posee el paciente: el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control, compuesto por el regulador que es fisiológico y ayuda a la adaptación a través de procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos.

Otro subsistema es el relacionador, que afronta por medio de canales cognitivos y emocionales. Y el último subsistema es el secundario y de efectos, compuesto por cuatro modos de adaptación, los cuales dirigen las reacciones del individuo ante su entorno y los cambios que ocurren en la enfermedad con el fin de obtener la integridad fisiológica, psicológica y social.

En ese sentido este modelo está en relación directa con los estilos de afrontamiento, puesto que mantiene válidos los conceptos de afrontamiento, sus estilos y estrategias, define conceptos teóricos sobre métodos de afrontamiento y ofrece al personal de enfermería constructos teóricos para orientar al cuidado y a la atención de las pacientes con cáncer de seno, con la finalidad de favorecer el proceso de afrontamiento.

El rol fundamental del profesional de enfermería en la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy es promover acciones que hagan posible la adaptación del ser humano en las cuatro esferas, tanto en la salud como en la enfermedad, con el fin de alcanzar su máximo nivel de adaptación, a través de cuidados y actividades que favorezcan el auto concepto y el rol del paciente dentro de la sociedad a pesar de su estado de enfermedad.

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Cáncer de mama:** es la enfermedad que resulta a partir de un tumor maligno, que por general tiene patrones de crecimiento anormales y su diseminación suele ser metastásica. (Instituto Nacional del Cáncer, 2019)
- **Estrés:** es la incapacidad del sujeto para hacer frente a una situación. También es definida como la carencia de estrategias adecuadas para afrontar una situación determinada. (Sánchez, Torres, Fitó, & Davidoch, 2015)
- **Estrategias de Afrontamiento:** Hacen referencia al análisis de la manera en cómo una persona hace frente a situaciones estresantes como por ejemplo: enfermedades crónicas, estresores cotidianos ya sea en el área laboral o personal. (Fernández & Flores, 2011)
- **Estrategias de afrontamiento adaptativas:** son aquellas estrategias que tienen como premisa fundamental ver el problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyos. (García Marco, 2019)
- **Estrategias de afrontamiento desadaptativas:** la base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal. La persona intenta huir, evitar encarar el conflicto, aplazarlo, abandona cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delega a otra persona, se distancia. (García Marco, 2019)
- **Estilo de afrontar:** Se refiere a la percepción de éxito, ya sean negativas –provocando sensación de inutilidad, pesimismo, pasividad- como positivas, generando una visión de autoeficacia orientada al problema, a la acción. (Castaño & Barco, 2010)

- Adaptación: Es un proceso activo y continuado en el que el paciente tiene que desarrollar mecanismos propios de afrontamiento para superar el sufrimiento emocional, el estrés y los problemas específicos generados en cada una de las distintas etapas de la enfermedad. (Nogueira, 2017)
- Enfrentamiento y Lucha Activa: Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto valora una situación como grave y difícil, pero ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos con los que cuenta. (Martínez M. G., 2008)
- Autocontrol y de Control Emocional: Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto dirige su comportamiento a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que ésta conlleva. (Martínez M. G., 2008)
- Búsqueda de Apoyo Social: Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto considera importante para lograr un resultado positivo en torno a su recuperación, el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él. (Martínez M. G., 2008)
- Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto valora una situación con incertidumbres respecto a la evolución y futuro de su enfermedad. (Martínez M. G., 2008)
- Pasividad y Resignación Pasiva (PRP): Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto considera que tiene muy pocas posibilidades para superar una situación grave. (Martínez M. G., 2008)
- Huida y Distanciamiento (HD): Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto intenta escapar o eludir la realidad. (Martínez M. G., 2008)
- Negación (N): Es una escala del afrontamiento que indica si el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad. (Martínez M. G., 2008)

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis nula

- H0: Las estrategias de afrontamiento desadaptativas se presentan en mayor porcentaje a diferencia de las estrategias adaptativas en las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.

Hipótesis alterna

- H1: Las estrategias de afrontamiento desadaptativas no se presentan en mayor porcentaje a diferencia de las estrategias adaptativas en las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CRITERIO DE MEDICION
Estrategias de afrontamiento al estrés	Son los modos de enfrentarse, eludir o minimizar los efectos y las consecuencias de una situación potencialmente estresante. Quiere esto decir que las estrategias de afrontamiento pueden ser efectivas para lograr que éste resuelva los problemas que le plantea su situación y logren reducir o eliminar el malestar emocional, y que por el contrario, cuando las estrategias no resuelven el problema ni se orientan a reducir o eliminar el malestar emocional, interfieren o impiden la adaptación o el ajuste del sujeto a su situación. (Martínez M. G., 2008).	Estrategias de afrontamiento adaptativas	Conductas y pensamientos, positivos y activos, tendentes a enfrentarse y buscar alguna solución para mejorar su situación y/o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad.	Enfrentamiento y Lucha Activa (9 ítems)	- Ordinal	0 = Nunca
				Autocontrol y Control Emocional (7 ítems)	- Ordinal	
				Búsqueda y Apoyo Social (4 ítems)	- Ordinal	
		Estrategias de afrontamiento desadaptativas	Conductas y pensamientos inadecuados o no adaptativos. Generan en el paciente un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad, llevándolo a tratar de eludir el problema, a aceptarlo estoicamente sin luchar o a negarlo pasivamente.	Ansiedad y Preocupación Ansiosa (6 ítems)	- Ordinal	2 = Muchas veces
				Pasividad y Resignación Pasiva (5 ítems).	- Ordinal	
				Huida y Distanciamiento (6 ítems)	- Ordinal	
				Negación (3 ítems).	- Ordinal	
						3 = Casi siempre

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE Y DISEÑO

El trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se midieron los conceptos incluidos en el estudio y se transformaron las mediciones en valores numéricos, para luego analizarlos estadísticamente.

El diseño fue no experimental, descriptivo; porque se observó los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural, sin manipular deliberadamente la variable.

De corte transversal por el periodo y secuencia del estudio.

Además, fue prospectivo, es decir que la observación fue tomada en el momento que se dio la acción en adelante.

3.2. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

La población estuvo conformado por todos las pacientes con cáncer de mama que se atendían en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla – Piura, en el mes de marzo del año 2019.

Es importante mencionar que la población era de 81 pacientes, de acuerdo con los datos obtenidos del libro de registro de pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico; debido a que la población es pequeña; y por las características del estudio se pretendió comprender al 100% de la población. Sin embargo, la totalidad de las pacientes no pudo ser encuestada, ya que 2 pacientes se encontraban con referencia para la realización de exámenes auxiliares en la ciudad de Lima; es por ello que no fueron partícipes del estudio, resultando como muestra final 79 pacientes que además cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusion

- Pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla - Piura y que quieran participar de la investigación.
- Pacientes con cáncer de mama que se encuentren entre las edades de 30 – 80 años en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla-Piura.

Criterios de exclusion

- Pacientes con cáncer de mama que no deseen participar de la investigación que se atiendan en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla - Piura.
- Pacientes que presentan otro tipo de cáncer que se atiendan en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla - Piura y que quieran participar de la investigación.
- Pacientes con cáncer de mama que sean menores de 30 años o mayores de 60 años que se atiendan en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla - Piura.

3.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

1. Se solicitó la autorización al director del Hospital III José Cayetano Heredia para la ejecución del proyecto en el Servicio de Oncología Ambulatoria del nosocomio.

2. Se presentaron los documentos solicitados por la Institución de salud, y de esta manera poder acceder al permiso respectivo para llevar a cabo el estudio de investigación.

3. Se identificó a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

4. Se procedió a entregar el consentimiento informado y explicar los fines del estudio de investigación.

5. Se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos (cuestionario), con una duración media de 20 minutos.

6. Se tabularon y se vaciaron los datos en una base de datos, obteniendo los resultados del presente trabajo esquematizándolos en cuadros y gráficos.

7. Se realizó la consolidación de los datos.

8. Posteriormente se efectuó el análisis estadístico, interpretación y discusión de los resultados consignados en los cuadros y gráficos.

9. Se elaboró las conclusiones y recomendaciones según los resultados.

10. Finalmente se redactó el informe final de la investigación.

Para el plan de tabulación y análisis, se usó el siguiente método:

- Se emplearon tablas y gráficos. Hojas de cálculo en Microsoft Excel.
- Se utilizó la herramienta estadística IBM SPSS Statistics versión 25.0

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICA

Se empleó la encuesta, la cual permitió valorar las estrategias de afrontamiento al estrés que tienen las pacientes con cáncer de mama.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado es un cuestionario denominado: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO), el cual es un test de recogida de información sobre las estrategias de afrontamiento - referidas tanto a conductas como a cogniciones - que utiliza una persona ante el estrés que supone el diagnóstico de la enfermedad de cáncer, el tratamiento y diversas situaciones socio-familiares que se producen con la enfermedad.

El modo de afrontamiento del paciente se determina tanto a partir de las estrategias dirigidas a la solución del problema y los procesos cognitivos dirigidos a reducir el malestar emocional, como de las estrategias de evitación o de afrontamiento desajustadas o desadaptadas. Construido para evaluar pacientes con cáncer, se postula como un instrumento aplicable a otro tipo de enfermos con amenaza vital.

Está conformado por 40 ítems en una escala de tipo Likert de 4 alternativas de respuesta, desde 0 (Nunca) hasta 3 (Casi siempre), referidos a las conductas y pensamientos que una persona diagnosticada con cáncer puede utilizar ante este estresor. Los 40 ítems se organizan en torno a 7 escalas correspondientes a cada una de las estrategias de afrontamiento, las cuales permiten determinar si este es de tipo positivo, negativo o neutro. (Martínez M. T., 2015)

Las tres primeras escalas indican la presencia de un modo de afrontamiento (conductas y pensamientos) adaptativo, a saber: Enfrentamiento y lucha activa; Autocontrol y control emocional; Búsqueda de apoyo social. Las 4 escalas restantes son: Ansiedad y Preocupación Ansiosa; Pasividad y Resignación Pasiva; Huida y Distanciamiento; y Negación. Estos 4 componentes exploran un modo de afrontamiento –conductas y pensamientos- desadaptativo al percibir su situación como excesivamente amenazante o su incapacidad para hacerle frente.

Las escalas son:

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA)
- Escala de autocontrol y de Control Emocional (ACE)
- Escala de búsqueda de Apoyo Social (BAS)
- Escala de ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA)
- Escala de pasividad y Resignación Pasiva (PRP)
- Escala de huida y Distanciamiento (HD)
- Escala de Negación (N)

La estructura factorial del cuestionario se organiza en torno a dos dimensiones, una representada por las tres escalas positivas (ELA, ACE y BAS) y la otra por las cuatro negativas (APA, PRD, HD y N).

Todos los ítems se valoran de forma directa, puntuando de 0 a 3, excepto el número 36 (La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud) que se valora de forma inversa. Las puntuaciones directas en las escalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems (previa recodificación de un único ítem inverso).

A partir de las puntuaciones de las escalas positivas y negativas, se obtienen dos puntuaciones subtotales: Una correspondiente a las tres escalas positivas (Subtotal positivo, escalas 1 a 3) y otra a las cuatro escalas negativas (Subtotal negativo, escalas 4 a 7).

Posteriormente, se realiza una conversión de cada subtotal a decatipos. De esta manera tendremos 2 decatipos, uno correspondiente al subtotal positivo y otro al subtotal negativo.

Finalmente, el estilo de afrontamiento que presenta un paciente se determinará por la resta del decatipo positivo con el decatipo negativo. Cuando el decatipo positivo es mayor que el decatipo negativo, la diferencia es positiva, lo que indica que la paciente presenta un estilo de afrontamiento adaptativo. De esta manera, si el decatipo negativo es mayor, la diferencia es negativa, lo que nos lleva a concluir que la paciente presenta un estilo de afrontamiento desadaptativo. (Martínez M. T., 2015)

En resumen:

- Paso 1. Cálculo de las puntuaciones directas de las 7 escalas.
- Paso 2: Cálculo de las puntuaciones directas de los dos subtotales (positivo y negativo)
- Paso 3: Conversión de las puntuaciones directas de los dos subtotales a decatipos.
- Paso 4: Cálculo de la diferencia entre el decatipo del subtotal positivo y el decatipo del negativo.

DECATIPO

Algunos test psicológicos como es el caso del CAEPO (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos) nos permiten obtener datos cuantitativos y cualitativos, los cuales arrojan resultados que en sí mismos (puntuaciones brutas) no son concluyentes, pero si lo tipificamos y comparamos con los resultados obtenidos por un grupo se puede llegar a su interpretación. (Martínez M. T., 2015)

Entonces, antes de que las puntuaciones directas puedan ser evaluadas e interpretadas, se deben convertir las puntuaciones de los subtotales a decatipos. Un decatipo es una escala común y única que sitúa la puntuación del sujeto (adolescentes, universitario o de la población general adulta) en relación con las obtenidas por un grupo normativo y definido de la población. Las tablas construidas en la tipificación a partir de la puntuación “Z”, permiten la conversión de las puntuaciones directas en otras denominadas decatipos, una escala típica de diez puntos que ha mostrado en la práctica un grado bastante bueno, en la discriminación de los resultados. (Borja, 2004)

Las operaciones necesarias para ello son multiplicar la puntuación típica Z por 2 y sumarle 5,5. Con esto logramos unas puntuaciones (decatipos) que se distribuyen desde 1 hasta 10, siendo su media 5,5.

Es importante mencionar que si convertimos las puntuaciones directas (puntuaciones brutas) obtenidos en cada escala a decatipos, podemos ver qué escala mantiene un predominio con respecto a las otras.

Distribución de ítems de las escalas adaptativas (positivas) de afrontamiento

Nº	Escalas	Número de elementos
1	Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
2	Autocontrol y control emocional (ACE)	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
3	Búsqueda de apoyo social (BAS)	17, 18, 19, 20

Distribución de ítems de las escalas desadaptativas (negativas) de afrontamiento

Nº	Escalas	Número de elementos
1	Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	21, 22, 23, 24, 25, 26
2	Pasividad y resignación pasiva (PRP)	27, 28, 29, 30, 31
3	Huida o distanciamiento (HD)	32, 33, 34, 35, 36, 37
4	Negación (N)	38, 39, 40

Tipo de Afrontamiento = Decatipo del Subtotal (+) – Decatipo del Subtotal (-)

Tipos de afrontamiento	
Tipos de afrontamiento	Rango
Adaptativo	+ 1 a + 9
No definido	0
Desadaptativo	- 1 a - 9

CONFIABILIDAD

La confiabilidad se estableció mediante el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obteniendo un valor de 0.803, además como valor mínimo 0.781 y valor máximo 0.809, lo que indico la fiabilidad del instrumento.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

CONFIDENCIALIDAD

La identidad personal de cada uno de las pacientes cáncer de mama que participen en el presente estudio de investigación no será dada a conocer por ningún motivo.

CONSENTIMIENTO

Toda encuesta contestada en el presente estudio de investigación se realizará con el debido consentimiento informado que se brindará a las pacientes.

Además, se tendrá en cuenta los principios éticos de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Este principio se refiere a no ocasionar ningún daño físico ni psicológico a los investigados, además de garantizar a las pacientes con cáncer de mama que conforman nuestra población que la información brindada no se empleará en ningún momento en contra de su persona.

PRINCIPIO DE RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA

Este principio nos indica que toda persona en investigación tiene derecho a que se le informe sobre los diferentes aspectos de la investigación, además del derecho a responder lo que crea conveniente, de rehusarse a dar información y dar por terminada su participación en cualquier momento. Del mismo modo se tratará a cada individuo como agente autónomo respetando sus decisiones y elecciones según su criterio de decisión.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este principio se refiere que los investigados tienen derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de su participación; del mismo modo respetar la privacidad del sujeto durante todo el estudio, por lo tanto, la información obtenida durante el proceso del estudio de investigación se mantendrá en la confidencialidad.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 01.

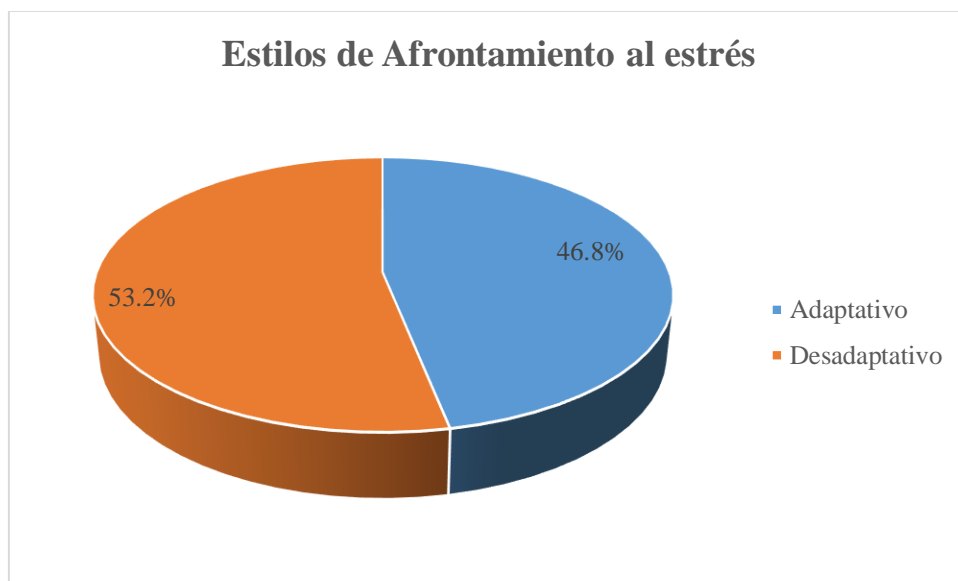
Estilos de Afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.

Estilos de Afrontamiento al Estrés			
		N	%
	Adaptativo	37	46.8
	Desadaptativo	42	53.2
TOTAL		79	100

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

Gráfico 01.

Estilos de Afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

El gráfico número 01 representa los estilos de afrontamiento al estrés que presentan las pacientes con cáncer de mama que acuden al Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura. Podemos observar que la mayoría de las pacientes, es decir 42 personas (53.2%) muestran un estilo de afrontamiento desadaptativo, mientras que el resto de las pacientes (46.8%) presentan un estilo de afrontamiento adaptativo.

Tabla 02.

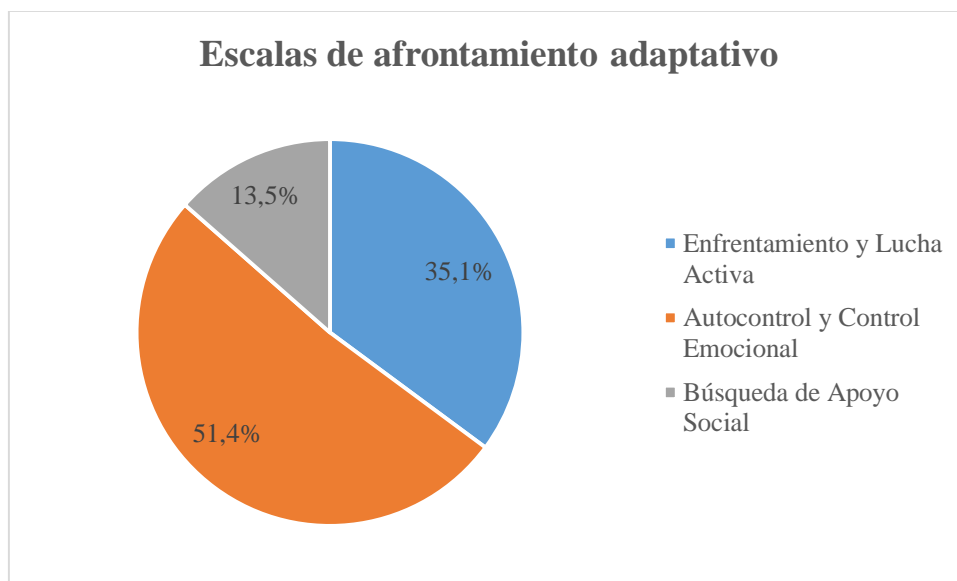
Escalas de afrontamiento adaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.

Afrontamiento adaptativo		
	N	%
Enfrentamiento y Lucha Activa	13	35,1
Autocontrol y Control Emocional	19	51,4
Búsqueda de Apoyo Social	5	13,5
TOTAL	37	100

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

Gráfico 02.

Escalas de afrontamiento adaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

El gráfico número 02 representa las escalas de la dimensión de afrontamiento adaptativo. Según el estudio, del total de pacientes que presentaron este estilo, la escala Autocontrol y Control Emocional se presentó en la mayoría, es decir 19 pacientes (51,4%), seguido de Enfrentamiento y Lucha Activa en 13 personas (35.1%) y finalmente, la dimensión Búsqueda de Apoyo Social en 5 personas (13,5%).

Tabla 03.

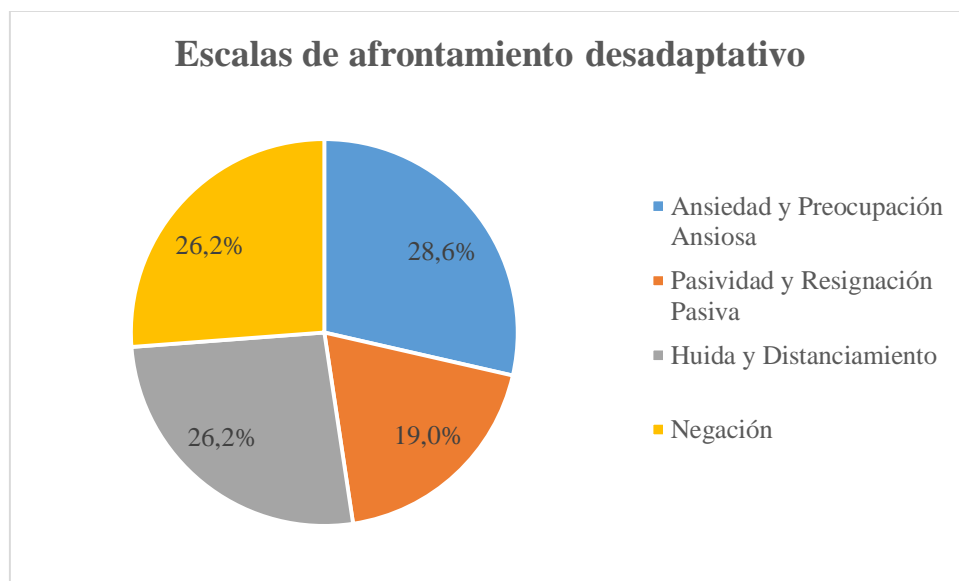
Escalas de afrontamiento desadaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.

Afrontamiento desadaptativo		
	N	%
Ansiedad y Preocupación Ansiosa	12	28,6
Pasividad y Resignación Pasiva	8	19,0
Huida y Distanciamiento	11	26,2
Negación	11	26,2
TOTAL	42	100

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

Gráfico 03.

Escalas de afrontamiento desadaptativo de las pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla – Piura - 2019.



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos aplicado a pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, Castilla - Piura - 2019.

El gráfico número 03 representa las escalas de la dimensión de afrontamiento desadaptativo. Según el estudio, del total de pacientes que mostraron este estilo, 12 pacientes, es decir, el 28,6% evidenciaron un predominio con respecto a Ansiedad y Preocupación Ansiosa, seguido de Negación y la Escala Huida y Distanciamiento que se presentaron en 11 personas (26,2%) respectivamente; y finalmente, la dimensión de Pasividad y Resignación Pasiva en 8 personas (19,0%).

4.2. DISCUSIÓN

Recibir un diagnóstico de cáncer conlleva un importante impacto emocional, no sólo para la persona enferma sino también para su familia. La mayoría de las personas sufren un “shock” emocional, ya que, en poco tiempo deben hacer frente al diagnóstico, las pruebas médicas, los tratamientos, la aparición de posibles efectos secundarios, así como tener que tomar decisiones y afrontar cambios en la vida diaria.

Algunas pacientes notan que estos cambios afectan a su calidad de vida y repercute en su estado de ánimo y sus relaciones sociales. En ocasiones, pueden aparecer diferentes problemas sociales y/o económicos que pueden afectar tanto a la paciente como a los demás miembros de la familia y entorno. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014)

El diagnóstico de cáncer conlleva a momentos de crisis, instantes en el que el desconocimiento de la enfermedad y el proceso que significa causan una gran incertidumbre: ¿Porqué a mí?, ¿Qué me va a pasar?, ¿Voy a morir?, ¿Tendré mucho dolor?, ¿Se me va a caer el cabello?, y ¿Mis hijos? (Perdomo, Velez, & Romero, 2018) Desde la disciplina de enfermería existe una teoría que habla de la incertidumbre frente a la enfermedad, creada por Merle H. Mishel, la cual describe la incertidumbre como la incapacidad de describir e interpretar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, ocasionando una predicción ineficaz de los resultados afectando el afrontamiento del paciente ante la nueva condición. (Monterroza, Jiménez, & Noriega, 2018) La incertidumbre está relacionada con desconocimiento y desinformación sobre el proceso de la enfermedad, lo que incluye los procedimientos diagnósticos, el tratamiento y seguimiento. La identificación de la incertidumbre por el personal de salud puede orientar las estrategias de intervención que promuevan la adaptación y el afrontamiento del paciente y la familia ante la experiencia del cáncer.

De esta manera, el cáncer constituye una enfermedad paradigmática para el estudio de la adaptación humana ante los problemas de salud, por ser una enfermedad especialmente apropiada para el estudio del afrontamiento, desde un punto de vista teórico y empírico, considerando también que, en los últimos años, el número de personas con diagnósticos de cáncer de mama se ha ido incrementando. (Leyva Pescador, Solano Arellano, Labrador Ortega, Gallegos Alvarado, & Ochoa Estrada, 2011)

En ese sentido, se ha reportado que el hecho de percibir la enfermedad como un daño o pérdida, se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, es decir, el paciente se aleja cognitiva y conductualmente de lo relacionado con el tratamiento del cáncer.

Identificar el estilo de afrontamiento utilizado permitiría anticipar potenciales dificultades para la adecuada adaptación a la enfermedad, por lo que el afrontamiento puede representar un indicador efectivo de la forma en la que las pacientes con cáncer de mama se adaptan al diagnóstico y el tratamiento.

Por ello, se realiza el presente estudio de investigación con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia.

Con respecto al objetivo general: Determinar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019. De un total de 79 pacientes encuestadas(os), se observa que el estilo predominante en la mayoría de las pacientes fue el de tipo desadaptativo representando el 53.2%, mientras que el 46.8% de las pacientes presentaron un estilo de afrontamiento adaptativo (ver tabla N°01). Cabe mencionar que ninguna de las pacientes presentó un estilo no definido o indeterminado.

Los resultados obtenidos guardan similitud con el trabajo realizado por Vanessa Esperanza Montiel Castillo, Olga Lidia Álvarez Reyes y Vivian Margarita Guerra Morales (2016), titulado “Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama”, donde se evaluó a 115 pacientes con cáncer de mama. Los resultados evidencian que el estilo predominante fue el desadaptativo en el 55% de la población, mientras que el estilo adaptativo se presentó en el 45%. Describen que el predominio del estilo de afrontamiento desadaptativo es coherente con la naturaleza crónica de la principal causa de estrés que es la enfermedad y su impacto físico y emocional, lo cual es consistente con otros estudios, así como los niveles de depresión y ansiedad identificados que también fueron abordados y se obtuvieron puntajes altos. Por lo anterior, puede afirmarse que estas estrategias se convierten en un factor de riesgo para el proceso salud-enfermedad, al considerar su importancia para mantener el bienestar físico y psicológico.

Cabe mencionar, que los resultados difieren de la investigación realizada por Estefany Acosta Zapata, Concepción López Ramón, María Evelin Martínez Cortés y Rosario Zapata Vázquez (2017), titulada “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama”, donde se evaluó a un grupo de 63 pacientes diagnosticados con cáncer, donde los resultados evidencian que el estilo predominante en las pacientes es el de tipo adaptativo representando el 68%, mientras que el estilo desadaptativo se presentó en el 32% restante. La mayoría de las pacientes del estudio perciben tener una familia funcional, encontrando que las mujeres con pareja presentaron mayormente afrontamiento adaptativo siendo un factor protector para las estrategias de afrontamiento adaptativas, lo contrario indica que las mujeres sin pareja tienen un mayor riesgo de presentar estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales varios autores asocian a estados depresivos y ansiedad. (Zapata, Ramón, Cortés, & Vázquez, 2017)

Los resultados de la investigación se pueden fundamentar a través de la teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos propuesta por Lazarus y Folkman (1986), la cual explica que el estrés se refiere a “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (Campuzano, Juárez, & Quiroz, 2009) De acuerdo con el Modelo de Lazarus y Folkman, la persona realizará dos evaluaciones; la primaria, en cuanto a su significado personal (si lo percibe como daño o pérdida) la cual se ve influida por sus creencias y valores personales; y secundaria, de cómo lo va a afrontar, la cual está relacionada con el grado en que la persona puede controlar o cambiar las situaciones. Luego de esa evaluación y si es considerado como estresante, se dará la respuesta de estrés. De esta manera, cuando una persona considera que las circunstancias de su vida exceden a sus posibilidades hace uso de estrategias desadaptativas.

Se concluye que, la mayoría de las pacientes encuestadas presentaron un estilo de afrontamiento desadaptativo, es decir que utilizan un método de afrontamiento incorrecto y pasivo que puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento. Asimismo, un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés agudo puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos, así como a una alteración de la capacidad para tomar decisiones. (Martínez, Piqueras, & Inglés, 2015)

Con respecto al primer objetivo específico: Identificar las estrategias de afrontamiento adaptativas: Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control emocional, y Búsqueda de Apoyo Social de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia – 2019. De los resultados obtenidos en el estudio, se observa que del total de pacientes que presentan un estilo de afrontamiento adaptativo (37 pacientes), en el 51,4% predomina la escala Autocontrol y Control Emocional, en el 35,1% la escala Enfrentamiento y Lucha Activa, y en el 13,5% la escala Búsqueda de Apoyo Social (ver tabla N°02).

Cabe mencionar que los resultados difieren del trabajo de investigación realizado por Mónica Moreno Martín, Daimadelys Gutiérrez Iglesia, Raydel Zayas García (2017) sobre “Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas”, donde se describió el afrontamiento que tenían 38 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, observando un predominio en la escala de Búsqueda de Apoyo Social en un 43% de la población. La mayoría de las pacientes tienen características positivas para sobrellevar los problemas, y esto a su vez sirve para influir en los demás. Las pacientes mostraron un ligero predominio de la estrategia de búsqueda de apoyo social asociado a creencias de optimismo y de religiosidad y una adecuada percepción de apoyo social en todas sus funciones. Ante el estrés se destaca la importancia de esta estrategia adaptativa que usan las pacientes, como herramienta para vencer o controlar las dificultades a través del apoyo y la comunicación.

Los resultados del estudio se pueden fundamentar a través de la teoría de afrontamiento de Lipowsky. Indica que las escalas de afrontamiento adaptativas serían las estrategias que pone en juego el individuo ante un problema para mantener su integridad física y psicológica. La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años. De esta manera las estrategias adaptativas permiten que la situación sea controlable, con la convicción de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona, o un programa resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad de Dios. La enfermera puede apoyar por medio de la resolución de problemas a través del uso de habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado, con participación del paciente. (Triviño & Sanhueza, 2005)

Con respecto a la escala de Enfrentamiento y Lucha activa, se considera la más importante ya que favorece la adaptación a la enfermedad, generando que el paciente afronte la situación manejando sus estados emocionales negativos, mostrándose colaborador y con apertura para recibir apoyo emocional. (Fernández I. R., 2006) Por otro lado, la escala de Autocontrol y Control Emocional, se refiere a la puesta en práctica de una serie de técnicas de control, a fin de evitar que cuando se dispara una emoción negativa; arrastre a la paciente y la exprese de una forma desbordante. (Asociación Española contra el cáncer, 2010) Por otro lado, en la escala de Búsqueda de Apoyo Social se enfatiza los grupos de apoyo, los cuales funcionan como recursos poderosos suponiendo la ayuda de persona a persona con situaciones de apoyo mutuo; lo que permite reducir el sentimiento de aislamiento. (Torrealba & Picazo, 2015)

En conclusión, se puede afirmar que las pacientes que presentaron un estilo de afrontamiento adaptativo, en su mayoría manejan la escala de Autocontrol y Control Emocional, lo que hace que manejen conductas y sobre todo los pensamientos que se dirigen a desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que ésta conlleva. Por otro lado, una parte de estas pacientes manejan la escala de Afrontamiento y Lucha Activa, lo que indica que ven en esta situación un reto al que quieren responder con todos los recursos que disponen, lo que conlleva a una visión optimista respecto a las posibilidades de lucha y al pronóstico. Finalmente una pequeña parte de las pacientes manejan la escala de Búsqueda de Apoyo social, y consideran importante el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a ellas, para lograr un resultado positivo. (Martínez M. T., 2015)

Con respecto al segundo objetivo específico: Identificar las estrategias de afrontamiento desadaptativas: Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Pasividad y Resignación Pasiva, Huida y Distanciamiento, y Negación de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019. De los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede observar que del total de pacientes que presentan un estilo de afrontamiento desadaptativo (42 pacientes), el 28,6% evidenciaron un predominio con respecto a Ansiedad y Preocupación Ansiosa, seguido de Negación y la Escala Huida y Distanciamiento que se presentaron en 26,2% de las pacientes respectivamente; y finalmente, la dimensión de Pasividad y Resignación Pasiva en el 19,0% de estas pacientes (ver tabla N°03).

Los resultados obtenidos guardan similitud con el trabajo realizado por Santiago Andrés Escobar Espíndola (2014), titulado “Pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama y su incidencia en las ideas irracionales que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. de la ciudad de Ambato”, donde se evaluó 56 pacientes. Los resultados evidencian que en la escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa se obtuvo el mayor porcentaje con 35.3%. Estos resultados se relacionan con anormalidades en la utilización y mantención de los mecanismos de afrontamiento adaptativos. De igual manera los resultados de las dimensiones en la escala desadaptativa se encuentran evidentemente presentes en esta población. Esto es, porque existe un incremento en las ideas irracionales de las pacientes relacionadas con la muerte y con la indefensión hacia la situación en la que se encuentran, lo que les genera ansiedad e intolerancia a la frustración.

Los resultados de la investigación se pueden fundamentar a través de la teoría del autocuidado propuesta por Dorotea Orem. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Sin embargo, las pacientes con cáncer presentan un evidente desequilibrio de su salud, afrontan situaciones de estrés, de crisis, de desadaptabilidad a través de manejos inadecuados de autocuidado y afrontamiento. Por ello, el autocuidado se ve afectado en estas pacientes, influyendo en su capacidad para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado de las pacientes que están recibiendo terapia de irradiación, y el autocuidado en el manejo paliativo del dolor. (Triviño & Sanhueza, 2005)

La escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa, se refiere a pensamientos repetitivos, los cuáles giran en torno a los acontecimientos del pasado, y en los síntomas y sentimientos que estos producen, así como en las causas y consecuencias de la situación adversa que se está viviendo, sin progresar de forma activa en la solución. (Conde, Avila, Retes, Guerra, & Pasto, 2016) Por otro lado, las pacientes que usan la Negación como un método para afrontar la situación en la que se encuentran, niegan la evidencia de su enfermedad, lo que conlleva a que no afronten activamente su situación ni tampoco utilicen estrategias adecuadas para resolver su estado emocional. (Gomez & Cruz, 2007) Con respecto a la escala de Huida y Distanciamiento, se refiere a un afrontamiento evitativo ante el cáncer, relacionado con un tipo de pensamiento

permanentemente estresante, sin poder realizar acciones para resolver, asimilar o incidir en el curso de la enfermedad. (Vázquez, Téllez, Avitia, Forteza, & García, 2011) Finalmente, la escala de Pasividad y Resignación Pasiva, conduce a que la persona se encuentre continuamente evitando y generando pensamientos negativos que producen que la situación se experimente con mayor malestar emocional. (Fernández I. R., 2006)

En conclusión, un gran grupo de las pacientes encuestadas que presentaron un estilo de afrontamiento desadaptativo utilizan la escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa, lo que hace que se manifiesten ansiosas y poco optimistas respecto a sus posibilidades para controlar la situación, y respecto al pronóstico y al resultado final. Por otro lado, una parte de este grupo utiliza la escala de Negación, las cuales manejan conductas de negación acerca de la evidencia de la enfermedad, lo cual no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la situación. Además, otra parte de estas pacientes manejan la escala de Huida y Distanciamiento, intentan escapar o eludir la realidad de su situación; esto les lleva a pensar en su falta de control y a no utilizar conductas para que afronten la realidad. Por último, un menor grupo utiliza la Pasividad y Resignación Pasiva, manejan una visión pesimista, y en cierto modo fatalista, respecto a su futuro y a la evolución y pronóstico de la enfermedad lo que las lleva a considerar que tienen pocas posibilidades para superar su situación. (Martínez M. T., 2015)

CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio, las conclusiones a las que se llegaron fueron:

1. El estilo de afrontamiento predominante es el desadaptativo presentándose en el 53.2% de las pacientes, mientras que el resto presentó un estilo de afrontamiento adaptativo; con ello se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis alternativa.
2. En la dimensión del afrontamiento adaptativo, predominó la escala de Autocontrol y Control Emocional en el 51,4% de las pacientes, seguido de la escala de Enfrentamiento y Lucha Activa con 35.1%; y finalmente la escala de Búsqueda de Apoyo Social con 13,5%.
3. En la dimensión de afrontamiento desadaptativo, en la escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa se presentó el mayor porcentaje con 28,6% de predominio, seguido de la escala de Negación y la escala de Huida y Distanciamiento, ambas con 26,2%; y finalmente, la escala de Pasividad y Resignación Pasiva con 19,0% de predominio.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere:

- Las ideas irracionales que manejan las pacientes con cáncer de mama de la Unidad de Oncología Ambulatoria, son un importante punto en el que se debe trabajar conjuntamente ya que estas pueden generar preocupación y/o ansiedad, por lo que es importante reconocer y actuar desde el rol de enfermería ante las necesidades psicológicas de las pacientes, de esta manera se mejorará la calidad de vida del paciente y de igual manera la posibilidad de influir positivamente en el tratamiento.
- Es importante que la enfermera maneje adecuadamente la incertidumbre que produce la enfermedad en el subgrupo de pacientes en las que predominó la Ansiedad y Preocupación Ansiosa, a fin de tratar de evitar el efecto negativo del mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, y esta a su vez ansiedad, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado de salud al paciente oncológico y a su familia.
- La enfermera responsable de administrar el tratamiento de quimioterapia ambulatoria, debe brindar los cuidados pertinentes cuando éstas pierden transitoriamente la capacidad psicológica y espiritual de autocuidarse. El fundamento del autocuidado involucra la cultura y habilidad de las pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. A través del autocuidado la enfermera busca conductas de independencia y bienestar.
- Las intervenciones del personal de enfermería que labora en la Unidad de Oncología Ambulatoria deben mantener un abordaje holístico, con enfoque psicológico y que haga hincapié en las estrategias adaptativas para afrontar el estrés disminuyendo el uso de estrategias desadaptativas como la Ansiedad y Preocupación Ansiosa.
- A la Unidad de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia, se recomienda implementar programas de apoyo para las mujeres con cáncer de mama que promuevan adecuados estilos de afrontamiento a la enfermedad y contribuir a fortalecer las estrategias adaptativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (2016). *Cáncer*. Obtenido de Las emociones y el cáncer de seno: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/las-emociones-y-el-cancer-de-seno.html>
- Andia, K. K. (2015). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Antón, G. D. (2010). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v13n1/a05.pdf>
- Asociación Española contra el cáncer. (2010). *Las emociones*. Madrid: Asociación Española contra el cáncer. Obtenido de <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/las-emociones.pdf>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2014). *Cáncer de mama*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Obtenido de <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancer-mama-2014.pdf>
- Ayllón, U. Z. (2017). Impacto emocional y social del cáncer. En M. D. Gómez, *El paciente con cáncer: Estrategias terapéuticas* (págs. 63-91). Valencia: Grupoparadigma.
- Barroilhet Diez, S. (2010). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer*. Informe, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
- Basurto, A. E., Arrazola, A. L., & Vázquez, Ó. G. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Elsevier*, 53-58. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>
- Bonilla Merizalde, J. (2011). *El afrontamiento de la muerte del paciente terminal*. Informe, Universidad libre internacional de las Américas, Quito.
- Borja, L. E. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23-44. Obtenido de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/21668/20420>

- Brito, O. M. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *La Habana*, 1-10. Obtenido de <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/664/1115>
- Cabana, A. E. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Campuzano, M. d., Juárez, I. Y., & Quiroz, C. N. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Summa Psicológica Universidad Santo Tomás*, 25-41.
- Canseco, M. G. (2013). Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. *Ciencias y Salud Colectiva*, 2531-2539. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a07.pdf>
- Castaño, E. F., & Barco, B. L. (Octubre de 2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Obtenido de <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-es.pdf>
- Castillo, V. E., Reyes, O. L., & Morales, V. M. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Villa Clara*, 112-117.
- Code, H. (27 de setiembre de 2018). *Teoría y Modelo de Enfermería II*. Obtenido de Teoría y método de enfermería: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm
- Conde, A. G., Avila, M. M., Retes, R. R., Guerra, E. I., & Pasto, J. S. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). *Psicooncología*, 271-284. Obtenido de <https://doi.org/10.5209/PSIC.54436>
- Cruz, A. d., & Luna, J. T. (2005). *La evasión como mecanismo de defensa ante el conflicto armado interno en los estudiantes de primer año de la jornada nocturna de la escuela de Ciencias psicológicas*. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Domínguez, R. (Noviembre de 2010). ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad? *Revista médica Clínica Las Condes*, 3(21), 463-468. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70559-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70559-9)
- Durango, Y. L., & Lazaro, L. S. (2015). *Evaluación de estrategias de afrontamiento del paciente oncológico*. Montería: Universidad de Cordova.

- Espíndola, S. A. (2014). *Pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama y su incidencia en las ideas irracionales que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. de la ciudad de Ambato*. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Fernández, C. A., & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 187-207. Obtenido de <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2011v2n2a6.pdf>
- Fernández, I. R. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- García Marco, A. (22 de julio de 2019). *Psicologa en la red*. Obtenido de Querer es Poder: La conquista de la voluntad: <http://psicologaenlared.blogspot.pe/2012/03/afrontamiento-de-problemas-estrategias.html>
- García, A. T. (2015). La recaída tiene que ver con el estrés y estilos de vida no adecuados. En A. A. Ariadna Torres García, *Mitos y Realidades en Oncología* (págs. 27-29). Madrid: Matimprés, S.L.
- García, J. M., & Morillas, V. N. (2013). Afrontando el estrés. En J. M. García, B. H. Perez, & V. N. Morillas, *Guías de autoayuda para la depresión y otros trastornos* (pág. 163). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Gimeno, A. (2019). *Técnicas de Control Emocional: 10 estrategias efectivas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- GLOBOCAN. (2018). *Cáncer de mama en las Américas*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=estadisticas-mapas-4868&alias=46503-epidemiologia-cancer-de-mama-en-las-americas-2018&Itemid=270&lang=es
- Gomez Moreno, B. (2010). *Resiliencia individual y familiar*. Informe, Universidad de Madrid, Madrid. Obtenido de https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/GomezB.Trab_.3BI0910.pdf
- Gomez, C. A., & Cruz, D. P. (2007). Descripción de los Estilos de Afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 125-156. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>

- Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. (2015). *Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama Metastásico*. Madrid: Geicam Investigación en cáncer de mama.
- Hermel, J. S., Pizzinato, A., & Uribe, M. C. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 441-467. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051/13664>
- Hombrados García, M. (2012). *Estrés, afrontamiento y adaptación*. Hospital Alfredo Fierro. Valencia: Promolibro. Obtenido de https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf
- Infante, M. J. (2015). *Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Instituto Nacional del Cáncer. (22 de julio de 2019). *Cáncer de mama: Tratamiento—para profesionales de salud*. Obtenido de Cancer-NIH: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/tratamiento-glandulas-salivales-pdq>
- Leyva Pescador, Y., Solano Arellano, G., Labrador Ortega, L., Gallegos Alvarado, M., & Ochoa Estrada, M. (2011). Nivel de Adaptación y Afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Cuidarte*, 96-104. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178002.pdf>
- López, R. L., Vázquez, O. G., & Garduño, M. L. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 35-41. Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65124/57130>
- Macías, M. A. (2013). Estrategias de Afrontamiento individual y Familiar frente a Situaciones de Estrés Psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 124-140. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
- Martínez Riera, J. R. (2009). *Influencia del Role-Playing en el proceso de enseñanza-aprendizaje de Enfermería*. Universidad de Alicante. Alicante: Universidad de Alicante.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2015). *Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Martínez, M. G. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 35-49. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645445003.pdf>

- Martínez, M. T. (2015). *Manual de Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes oncológico*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.
- Migliaccio, D., & Santana, L. O. (2018). *Calidad de vida, estrés y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes diagnosticados con cáncer del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sanchez Perez de Tavaréz*. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. (2010). *Prevención del estrés: intervención sobre el individuo*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Obtenido de https://www.cso.go.cr/legislacion/notas_tecnicas_preventivas_insht/NTP%20349%20-%20Prevencion%20del%20estres%20intervencion%20sobre%20el%20individuo.pdf
- Mónica Moreno Martín, D. G. (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga*, 1-6.
- Monterroza, D. I., Jiménez, R. C., & Noriega, A. A. (2018). *Incertidumbre frente a la enfermedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno*. Córdova: Investigaciones Andina. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2390/239059788002/html/index.html>
- Nogueira, I. M. (2017). *El estrés y su relación con el cáncer de mama*. Veracruz: Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/estres-cancer-de-mama/>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de agosto de 2018). *World Health Organization*. Obtenido de Salud de la mujer: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Perdomo, C. A., Velez, M. E., & Romero, A. Y. (2018). *Incertidumbre frente al Diagnóstico de cáncer*. Huila: Universidad Surcolombiana. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e5040017.pdf>
- Pérez, K. A. (2019). *Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Peve, E. L. (2017). *Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, consultorio oncológico Medicarte*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Primo, C. C., & Nunes Gonçalves, L. P. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 52-62. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/clinica5.pdf>

- Puicón, A. J. (2013). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo.
- Rodriguez, D. J., & Benitez, Y. G. (Setiembre de 2010). Estilos de crianza e interacciones familiares: aproximaciones teóricas e investigaciones empíricas. En M. T. Navarro, J. J. Irigoyen, & G. M. Cárdenas, *Tendencias en Psicología y Educación* (Vol. 1, págs. 11-41). Guadalajara: Sistema Mexicano de Investigación en Psicología.
- Sánchez, B. P., Torres, I. P., Fitó, N. C., & Davidoch, C. (2015). *Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Obtenido de <https://www.psicologiamaresme.com/descarga/Estresycancer.pdf>
- Sausa, M. (14 de junio de 2019). Cáncer de mama: en el Perú los casos se detectan desde los 25 años. *Peru21*, pág. 4.
- Silva, A. V., Zandonade, E., & Amorim, M. H. (2017). La ansiedad y el enfrentamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1-7. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2891.pdf
- Sofía, C. A. (2012). *Estilos de afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. Universidad Central del Ecuador. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Tindslay Beck, A., & Freeman, A. (2014). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Centro de terapia Cognitiva de Madrid. Madrid: Avaxhome.
- Tlahuel, J. L. (2007). *Cáncer de mama*. Morelos: Instituto Nacional de Salud.
- Torrealba, C. L., & Picazo, M. S. (2015). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *Nure Investigación*, 1-18. Obtenido de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675/663>
- Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 20-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Valenzuela, C. (19 de octubre de 2019). Situación del cáncer de mama en el Perú. *Perú21*, págs. 1-3.

- Vázquez, O. G., Téllez, L. V., Avitia, M. Á., Forteza, C. G., & García, R. R. (2011). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). *Gaceta mexicana de Oncología*, 123-127. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-estilos-afrontamiento-pacientes-con-cancer-X1665920111242419>
- Vega, M. R. (04 de agosto de 2019). Cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata se registran más en Piura. *El Tiempo*, pág. 4.
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2009). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En A. E. Cáncer, *Manejo del cáncer en atención primaria* (págs. 267-283). Madrid: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Zapata, E. A., Ramón, C. L., Cortés, M. E., & Vázquez, R. Z. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*, 139-148. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019?	Identificar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.	<p>Hipótesis Nula</p> <p>H0: Las estrategias de afrontamiento desadaptativas se presentan en mayor porcentaje a diferencia de las estrategias adaptativas en las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.</p> <p>Hipótesis Alterna</p> <p>H1: Las estrategias de afrontamiento desadaptativas no se presentan en mayor porcentaje a diferencia de las estrategias adaptativas en las pacientes con cáncer de mama que acuden al servicio de oncología ambulatoria del hospital III José Cayetano Heredia - 2019.</p>	Estrategias de afrontamiento al estrés.	Esta investigación es de tipo cuantitativo, prospectiva, transversal y descriptivo.	<p>Población Objetivo:</p> <p>Formada por las 81 pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Servicio de Oncología Ambulatoria del Hospital III José Cayetano Heredia. Castilla- Piura. 2019, además que cumplan con los criterios de inclusión.</p> <p>El tipo de muestreo fue no probabilístico convencional, de esta manera se seleccionó para la muestra a 79 pacientes.</p>

ANEXO 02: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

SOLICITUD DIRIGIDA AL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA

1286-2019-4002



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

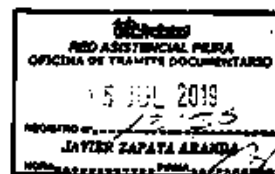
Piura 09 de julio de 2019

OFICIO N° 267 - 2019 - EAPE / UNP

DRA.

MILAGRITOS SANCHEZ RETO

DIRECTORA DEL HOSPITAL REGIONAL CAYETANO HEREDIA - PIURA



PRESENTE.

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACION PARA REALIZACION DE ENCUESTA PARA TRABAJO DE INVESTIGACION.

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarle y la vez informarle que el alumno JOSE BERNARDO PARRILLA MASIAS - realizará un trabajo de investigación titulado " ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA -2019 " . Teniendo como objetivo general determinar las estrategias de afrontamiento al estrés de las pacientes con cáncer de mama; por lo tanto solicito brindar facilidades para la aplicación de instrumentos.

Sin otro particular y agradecimiento por anticipado su gentil atención a la presente, me despido de Usted,

Atentamente;

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL
DE ENFERMERIA
MG. EDA LISCANO ALBAN
DIRECTORA

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Yo..... identificado con DNI
....., al firmar este documento doy mi consentimiento, para ser entrevistado
(a) por José Parrilla Masías, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de
la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA.

Entendiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre los “ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA AMBULATORIA DEL HOSPITAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA – 2019”.

Se me ha informado que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de
estudio se me identificará jamás en forma alguna, utilizando para ella un seudónimo.

También se me ha informado que si participo o no en la investigación o me reúso a responder
alguna pregunta no se verán afectados los servicios que pueda necesitar de los prestadores de
los servicios de salud pública o social.

Piura, dedel 2019.

Investigador

Entrevistado

ANEXO 04: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

(CAEPO)

(M.T. González Martínez, 2004)

NHC:
Nombre y Apellidos:
Fecha:
Sesión de evaluación:

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas formas se identifica más su manera de COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

- | | |
|--|---------------|
| 0. Si no coincide absolutamente en nada | Nunca |
| 1. Si la coincidencia se da en alguna medida | Algunas veces |
| 2. Si coincide bastante | Muchas veces |
| 3. Si coincide en gran medida | Casi siempre |

	N u n c a	A l g u n a s v e c e s	M u c h a s v e c e s	C a s i s i e m p r e
1. Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2. Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
4. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
5. Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
6. Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
7. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
8. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación	0	1	2	3
9. Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo haré.	0	1	2	3
10. Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
11. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
12. Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13. Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3

14. Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
15. Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
16. Puedo distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3
17. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
18. Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
19. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
20. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
21. Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
22. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
23. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
24. Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
25. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
26. Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
27. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
28. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
29. Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
30. Pienso que las cosas ocurren y que nada puede hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3

31. Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
32. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
33. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
34. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
35. Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
36. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
37. Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
38. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
39. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
40. La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3

ANEXO 05: PREDOMINIO DE CADA ESCALA POR DECATIPOS

ELA	ACE	BAS	APA	PRP	HD	N
6,03	7,27	5,71	3,79	4,35	7,24	4,01
7,17	7,27	8,03	4,34	3,56	5,57	2,55
5,46	6,12	8,03	5,44	1,98	5,57	4,01
6,03	7,27	5,71	4,89	3,56	6,41	4,01
6,03	7,84	5,71	5,44	3,56	3,91	2,55
6,03	6,12	7,26	4,34	2,77	2,24	2,55
6,03	6,69	5,71	4,34	6,72	3,08	5,48
4,89	5,55	4,94	2,70	2,77	2,24	2,55
5,46	6,69	6,48	5,44	2,77	3,08	5,48
7,17	7,27	4,17	2,15	4,35	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,30	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	1,55	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	5,57	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	3,91	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
4,89	6,12	4,94	6,53	2,77	7,24	5,48
4,89	5,55	6,48	4,34	5,14	5,57	6,95
5,46	4,98	6,48	5,44	1,19	2,24	8,42
7,17	6,69	8,03	5,44	5,14	5,57	8,42
2,03	3,26	5,71	4,89	3,56	6,41	4,01
4,89	3,84	7,26	5,44	3,56	3,91	4,01
1,46	2,12	1,86	5,44	2,77	2,24	4,01
4,89	6,69	4,17	5,44	5,14	3,08	4,01
4,89	4,41	6,48	2,70	4,35	5,57	6,95
4,89	6,12	6,48	4,89	1,98	2,24	5,48
6,60	3,84	5,71	9,82	8,30	4,74	8,42
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,18	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,30	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95

8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,30	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,30	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
8,31	8,41	6,48	8,30	8,30	7,24	6,95
4,89	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
7,17	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,03	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
1,46	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
7,17	7,27	4,17	1,60	2,77	3,08	4,01
7,17	8,41	6,48	9,27	8,30	7,24	6,95
5,46	4,41	8,03	5,44	5,93	6,41	9,88
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
3,17	2,69	1,86	7,08	6,72	6,41	6,95
8,31	7,84	7,26	4,34	7,51	7,24	4,01
6,60	6,12	4,17	3,79	3,56	6,41	5,48
2,03	2,69	4,17	6,53	7,51	2,24	4,01
5,46	4,98	7,26	6,53	5,93	8,07	4,01
2,60	2,69	1,09	7,63	6,72	6,41	6,95
2,60	2,69	1,09	7,63	6,72	6,41	6,95
13	19	5	12	8	11	11

ANEXO 06: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD

Estadísticos de total elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	78,73	118,146	,415	,794
Pregunta 2	78,81	123,515	,147	,803
Pregunta 3	78,81	123,515	,147	,803
Pregunta 4	80,33	118,044	,322	,797
Pregunta 5	79,46	119,661	,252	,800
Pregunta 6	79,86	123,044	,081	,808
Pregunta 7	79,03	117,384	,481	,792
Pregunta 8	78,68	122,911	,183	,802
Pregunta 9	79,25	122,833	,090	,808
Pregunta 10	79,48	111,740	,525	,787
Pregunta 11	79,27	121,787	,165	,803
Pregunta 12	78,77	120,717	,348	,797
Pregunta 13	78,97	115,204	,464	,791
Pregunta 14	79,57	122,018	,116	,807
Pregunta 15	79,70	117,548	,273	,800
Pregunta 16	78,63	123,133	,216	,801
Pregunta 17	78,35	122,873	,414	,798
Pregunta 18	79,77	108,640	,632	,781
Pregunta 19	79,28	118,383	,325	,797
Pregunta 20	78,94	128,470	-,233	,809
Pregunta 21	79,46	124,405	,176	,802
Pregunta 22	78,87	121,086	,213	,801
Pregunta 23	79,51	123,638	,240	,800
Pregunta 24	79,65	117,411	,491	,792
Pregunta 25	79,25	117,448	,499	,792
Pregunta 26	79,73	121,146	,173	,803
Pregunta 27	80,24	119,211	,245	,801
Pregunta 28	78,49	123,792	,213	,801

Pregunta 29	78,53	124,432	,122	,803
Pregunta 30	78,43	124,710	,152	,802
Pregunta 31	79,46	124,302	,187	,801
Pregunta 32	79,73	121,582	,297	,798
Pregunta 33	79,46	124,302	,187	,801
Pregunta 34	79,80	116,625	,433	,793
Pregunta 35	79,30	119,394	,532	,793
Pregunta 36	78,42	123,887	,245	,800
Pregunta 37	78,68	122,937	,280	,799
Pregunta 38	78,63	121,799	,210	,801
Pregunta 39	78,68	117,014	,470	,792
Pregunta 40	78,87	118,804	,355	,796

Para evaluar la confiabilidad del instrumento que recoge información sobre estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, se utilizó el índice de consistencia y coherencia interna, Alfa de Cronbach, cuyos resultados se muestran a continuación:

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Conocimientos	,803	40

Los resultados muestran un valor de 0.803, que cae en un rango de confiabilidad alto, lo que permite concluir que el instrumento se puede aplicar para cumplir con los objetivos de la investigación.


 LEMIN ABANTO CERNA
 LIC. EN ESTADÍSTICA
 COESPE 506